

DIANA RAQUEL SANTOS DE SOUSA

Análise da Saúde Mental de um Pré-adolescente: Um Estudo de Caso

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

PORTO, 2014

DIANA RAQUEL SANTOS DE SOUSA

Análise da Saúde Mental de um Pré-adolescente: Um Estudo de Caso

Dissertação apresentada à Universidade
Fernando Pessoa como parte dos Requisitos
para a obtenção do grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde sob orientação da
Professora Doutora Ana Costa

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

PORTO, 2014

Resumo

O presente trabalho assenta, em primeiro lugar, em pressupostos teóricos acerca da saúde mental e de algumas psicopatologias como é o caso da esquizofrenia, psicopatia e personalidade antissocial em crianças e adolescentes, fazendo-se uma caracterização das mesmas.

De seguida, é apresentada a pesquisa realizada, que é de carácter qualitativo com as características específicas de estudo de caso, cujos objetivos são identificar possíveis diagnósticos e identificar os obstáculos ao processo de avaliação.

Como instrumentos de avaliação, utilizámos a CBCL (Achenbach, 1991, citado por Fonseca et al., 1994), a WISC-III (Wechsler, 1992) o Teste Aperceptivo de Roberts para Crianças (McArthur & Roberts, 1989) e o Eysenck Personality Questionnaire junior (Fonseca & Eysenck, 1989). Utilizámos, também, a observação das consultas de psicologia como meio de recolha de informação.

Os resultados obtidos apontam no sentido da existência de traços de psicopatia e comportamentos antissociais por parte do participante, ainda que, por se tratar de um pré-adolescente, não possamos estabelecer um diagnóstico definido devido à sua fase bastante precoce no processo de desenvolvimento da personalidade.

Apresentaremos no final uma proposta para a intervenção, no sentido de dar resposta ao pedido que o trouxe à consulta e de diminuir a sintomatologia psicopatológica, assim como promover uma melhor adaptação ao contexto escolar.

PALAVRAS-CHAVE: Estudo de caso; Esquizofrenia; Psicopatia;

Abstract

The present work builds, firstly, on theoretical assumptions about mental health and some psychopathologies, such as schizophrenia, psychopathy and antisocial personality disorder in children and adolescents and making a full characterisation of them.

The presentation of the research carried out follows, taking into account the qualitative nature and specific features of a case study whose objectives are to identify possible diagnosis and to identify the obstacles in the assessment procedure.

The following assessment tools were used CBCL (Achenbach, 1991, quoted by Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira & Cardoso, 1994), WISC-III (Wechsler, 1992), Roberts Apperception Test for Children (McArthur&Roberts, 1989) and Eysenck Personality Questionnaire junior (Fonseca &Eysenck, 1989). Further data was also gathered by means of the observation of psychological consultations.

The study outcomes show that the participant presents some psychopathical traits. However, since we are dealing with a pre-adolescent, it is not possible to establish a defined diagnosis due to the early stage of development of the participant's personality.

Finally we present an intervention proposal so as to meet the request that led the participant to the consultation, to reduce the psychopathological symptomatology and to promote a better adaptation to school.

KEY-WORDS: Case Study; Schizophrenia; Psychopathy;

Agradecimentos

“A dor que vivi poderia me destruir ou me construir.

Resolvi deixá-la construir-me” (Cury, 2005).

Esta dissertação é o culminar de um percurso de 5 anos de universidade onde pude viver momentos bons e menos bons. O balanço final é muito positivo e não poderia deixar de agradecer a todas as pessoas que me ajudaram a construir-me enquanto profissional mas também enquanto pessoa.

Em primeiro lugar, ao J. e aos seus pais, pois sem eles a elaboração deste trabalho não seria possível.

À Professora Doutora Ana Costa, orientadora deste trabalho, pelo seu profissionalismo e conhecimento, por todas as correções e dicas ao longo deste processo.

À Universidade Fernando Pessoa e à CPP por me permitirem aprender e desenvolver competências e por me fazerem sentir orgulho em ser “Pessoana”.

À Psicoespaço, em especial à Dra. Cláudia Adão, minha supervisora de estágio, por me permitir adquirir conhecimentos e competências que contribuíram para o meu desenvolvimento profissional e que, consequentemente, me permitiram elaborar este trabalho com mais rigor.

À Sónia por aceitar o acompanhamento deste caso. Sei que cada consulta foi um desafio e quero demonstrar a minha gratidão por todo o tempo e trabalho que dedicaste ao J.

À Catarina Macedo, por estes longos anos de amizade, por me ter acompanhado em Erasmus, uma das melhores experiências da minha vida, e por todo o apoio que me deu ao longo do tempo em que nos conhecermos.

Aos meus amigos Joana Morais, Nuno Pinto, Rosário Nunes, Andreia Afonso, Ricardo Fonseca, Inês Soares da Costa, Maria Melo e Maria Reina pelo impacto que tiveram a nível académico e pessoal e pela amizade que têm vindo a demonstrar.

À TFUFP, em especial à Isabel Rebelo, Cátia Soares, Tânia Soares, Joana Lopes, Joana Remoaldo, Ana Moreno e Rita Correia.

Ao Dr. Paulo Costa, por me ter despertado o interesse pela Psicologia, por me ter ajudado a crescer e mudar e por ser, para mim, um exemplo de profissional ao nível do qual eu gostaria de chegar um dia.

Aos meus avós Lizete e Carlos, ao Jorge, João, Lília, Hugo, Joana e Vitor, por todo o apoio e carinho que me deram não só nestes 5 anos mas durante toda a minha vida. Não podia ter família melhor.

Ao meu pai que, apesar de ter partido demasiado cedo, teve um impacto extremamente positivo durante os 7 anos que estive comigo, moldou toda a minha vida e me fez tornar uma pessoa mais forte.

Por último, mas acima de tudo, à minha mãe. Obrigada por me mostrares todos os dias o que é o verdadeiro amor e aceitação incondicional, por estares ao meu lado nos bons e nos maus momentos e por seres o melhor exemplo que eu podia ter de força, dedicação e garra. É um orgulho ter uma mãe como tu!

Índice

Introdução Geral	1
Capítulo 1 – Revisão de Literatura	
1. Introdução	4
1.1. Saúde Mental e Psicopatologia em Crianças e Adolescentes	4
1.1.1 Diagnóstico de psicopatologias em Crianças e Adolescentes	7
1.2. Esquizofrenia	8
1.2.1. Evolução do Construto	8
1.2.2. Delimitação do Conceito	9
1.2.3. Esquizofrenia em Crianças e Adolescentes	11
1.2.4. Avaliação da Esquizofrenia em Crianças e Adolescentes	12
1.2.5. Dificuldades Inerentes ao Diagnóstico	13
1.3. Psicopatia e Perturbação de Personalidade Antissocial	15
1.3.1. Evolução do Construto	15
1.3.2. Delimitação dos Conceitos	17
1.3.3. Traços de Psicopatia e Comportamentos Antissociais em Crianças e Adolescentes	19
1.3.4. Avaliação dos Traços de Psicopatia e Comportamentos Antissociais em Crianças e Adolescentes	24
1.3.5. Dificuldades Inerentes ao Diagnóstico	27
1.4. Síntese	28
Capítulo 2 - Estudo empírico	30
2.1. Introdução	30

2.2. Método Qualitativo e Estudo de Caso	30
2.3. Método	33
2.3.1. Participante	33
2.3.2. Instrumentos	34
2.3.2.1. <i>Child Behavior Checklist</i>	34
2.3.2.2. Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-III)	35
2.3.2.3. Teste Aperceptivo de Roberts para Crianças	35
2.3.2.4. <i>Eysenck Personality Questionnaire júnior</i>	38
2.3.3. Procedimento	40
2.4. Síntese	42
Capítulo 3 – Caso J.	44
3.1. Introdução	44
3.2. Dados de Identificação	44
3.3. Problema Apresentado	44
3.4. História do Desenvolvimento	45
3.5. História Familiar	46
3.6. História Escolar	47
3.7. História Clínica	49
3.8. Observação	50
3.9. Resultados da <i>Child Behavior Checklist</i>	51
3.10. Resultados da Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-III)	51
3.11. Resultados do Teste Aperceptivo de Roberts para Crianças	54

3.12.	Resultados do <i>Eysenck Personality Questionnaire</i> – <i>júnior</i>	55
	Discussão de Resultados	56
	Conclusão Geral	74
	Referências	78
	Anexos	
	Anexo A – Parecer da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa	92
	Anexo B - Consentimento Informado	93
	Anexo C – Respostas à <i>Child Behavior Checklist</i> (CBCL)	94
	Anexo D – Folha de Perfil da de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-III)	100
	Anexo E – Respostas ao Teste Aperceptivo de Roberts para Crianças	101
	Anexo F – Folha de Perfil do Teste Aperceptivo de Roberts para Crianças	103
	Anexo G – Proposta de Intervenção	105

Índice de Quadros

Quadro 1 – Conteúdos inerentes às placas do Teste Aperceptivo de Roberts para Crianças (adaptado de Roberts (1994))	36
Quadro 2 – Cotação do <i>Eysenck Personality Questionnaire – júnior</i>	39
Quadro 3 – Resultados da WISC-III	51
Quadro 4 – Valores de QI e percentis obtidos na WISC-III	52
Quadro 5 – Resultados do <i>Eysenck Personality Questionnaire – júnior</i>	55
Quadro 6 – Síntese de características referidas pela literatura e de informação recolhida sobre este caso	66

Introdução Geral

A sintomatologia psicopatológica é vista como um fator de risco no que toca à saúde mental dos indivíduos (López-Romero, Romero & Luengo, 2011), ainda que a saúde mental não seja simplesmente a ausência de sintomas (Rossi & Rosso, 2007). É, porém, importante analisar a sintomatologia, dado que as psicopatologias tornam-se ainda mais graves quando não são devidamente acompanhadas e tratadas (Kernberg, Weiner & Bardenstein, 2003). As investigações têm tentado perceber o desenvolvimento de psicopatologias em crianças e adolescentes, estando estas muitas vezes relacionadas com o desenvolvimento da personalidade (Kernberg et al., 2003) e dependente do contexto onde o sujeito está inserido (PDM, 2006).

Nesta dissertação analisaremos a saúde mental de um pré-adolescente, J., um indivíduo que procurou a Clínica Pedagógica de Psicologia da Universidade Fernando Pessoa e que, devido às suas características individuais, nos chamou a atenção, já que a compreensão da sua saúde mental e o consequentemente estabelecimento de um possível diagnóstico se tornou difícil.

Este sujeito refere, nas consultas de triagem, a existência de “amigos imaginários”, o que, à partida, nos remete para o despiste de uma eventual esquizofrenia. Contudo, os supostos “amigos imaginários” deixaram de ser referidos em consulta com a mudança de terapeuta. Foi, no entanto, feita pesquisa sobre esta temática, que será descrita no primeiro capítulo, de modo a fazer um despiste sobre esta patologia.

Com a referida mudança de terapeuta, o que se verificou nas consultas foi um assumir repetido dos erros e maus comportamentos que se verificavam na escola, sem que houvesse manifestações não-verbais de culpa, vergonha ou remorso por os comportamentos desadequados e havendo, por outro lado, alguma manipulação do que parecia que o terapeuta queria ouvir. Levantou-se, assim, a hipótese de se tratar de traços ligados à psicopatia, embora a este conceito esteja inerente alguma controvérsia.

A idade do sujeito torna-se complicada para fazer diagnóstico, uma vez que a maioria dos instrumentos existentes, nomeadamente de avaliação da personalidade, não são adequados a esta faixa etária. Procuramos, por isso, avaliar este sujeito com uma panóplia de técnicas que envolveram, por um lado, a avaliação cognitiva através da WISC-III (Wechsler, 1992) e, por outro, a avaliação emocional através da CBCL (Achenbach, 1991), da RATC (McArthur & Roberts, 1989) e do *EPQ-j* (Fonseca & Eysenck, 1989). Complementamos esta avaliação com entrevistas à mãe e ao padrasto do jovem e ao Diretor de Turma, bem como com a observação das consultas.

Com este estudo propomo-nos a identificar possíveis diagnósticos, fazendo o diagnóstico diferencial entre eles e identificando obstáculos ao processo de avaliação e diagnóstico. Propomos, também, objetivos e atividades para a intervenção psicológica.

A pertinência deste trabalho prende-se, ainda, com o facto de que quanto mais informação se conseguir recolher sobre o seu funcionamento global deste indivíduo, melhor será a intervenção nos vários domínios e contextos a ele interligados.

A literatura tem referido a importância de se identificar precocemente os comportamentos que, durante o processo de desenvolvimento dos indivíduos, podem agravar-se e, neste sentido, torna-se pertinente identificar precocemente os quadros

nosológicos para, assim, haver uma intervenção mais eficaz (Lynam, Charnigo, Moffitt, Raine, Loeber & Stouthamer-Loeber, 2009). Efetivamente, verifica-se que os comportamentos do tipo psicopático devem ser identificados precocemente de forma a poder-se compreender melhor este fenómeno (Ronchetti, Davoglio, Silva, Vasconcellos & Gauer, 2010). Indivíduos com psicopatia trazem elevados custos à sociedade (Ronchetti et al., 2010), quer a nível económico com a elevada criminalidade que está associada a esta patologia, mas também no que concerne à parte emocional e interpessoal de todos os que se cruzam com estes indivíduos (Manfredi, 2009).

Torna-se, de facto, pertinente uma identificação precoce desta patologia para que se possa diagnosticar e intervir mais eficazmente, de forma a aumentar as estratégias de prevenção do risco e dar assistência aos envolvidos com crianças que apresentam traços de psicopatia (Johnstone & Cooke, 2004).

1. Introdução

Neste primeiro capítulo do presente trabalho pretendemos fazer uma revisão da literatura existente acerca de alguns aspetos referentes à psicopatologia da criança e do adolescente.

Serão abordados alguns aspetos gerais da saúde mental e da psicopatologia nas referidas faixas etárias, no intuito de fazer um enquadramento para patologias mais específicas e respetivo processo de diagnóstico.

Seguidamente, são abordadas duas patologias: a esquizofrenia e a psicopatia/perturbação de personalidade antissocial. Dentro destas duas perturbações será descrito o processo de evolução e a delimitação dos conceitos, para depois se abordar especificamente as características inerentes às faixas etárias mais jovens. A pesquisa realizada no âmbito destas patologias incidiu também na avaliação psicológica e dificuldades inerentes ao diagnóstico das mesmas por parte dos psicólogos.

1.1. Saúde mental e Psicopatologia em Crianças e Adolescentes

A sintomatologia psicopatológica constitui um fator de risco no que diz respeito à saúde mental dos indivíduos (López-Romero et al., 2011) e está, não raras vezes, associada ao desenvolvimento de psicopatologias (Davoglio, Gauer, Jaeger & Tolotti, 2012). O desenvolvimento de psicopatologias, em especial quando associadas à personalidade, em crianças e adolescentes torna-se ainda mais marcado quando as

mesmas não são devidamente tratadas e acompanhadas (Kernberg et al., 2003) uma vez que quanto mais precoce for o diagnóstico mais eficaz será o tratamento (Courtney-Seidler, Klein & Miller, 2013; Hutsebaut, Feenstra & Luyten, 2013). Neste sentido, é de facto importante conhecer o fenómeno para intervir mais eficazmente, sendo que o bem-estar do paciente é sempre primordial (Alvarenga, Puccinini, Lavandowski, Frizzo, Marin & Villanchan-Lyra, 2012). Existem, porém, poucos estudos ao nível do tratamento de psicopatologias, nomeadamente associadas à personalidade, tornando difícil a generalização de linhas orientadoras para a intervenção nas mesmas (Hutsebaut et al., 2013).

De modo a avaliar eventuais problemas de personalidade na criança devem ser tidos em conta certos fatores que deveriam estar desenvolvidos e adquiridos na sua faixa etária, entre os quais a flexibilidade e tipo de relação que mantem quer com os cuidadores quer com os pares; a experiência, compreensão e capacidade para lidar com as emoções; a qualidade e estabilidade da autoestima; a estrutura de fantasias internas e pensamentos; os estilos de *coping* e os mecanismos de defesa aos quais recorre para lidar com conflitos ou situações stressantes; o nível de contacto com a realidade; e a capacidade para controlar os impulsos (PDM, 2006). Deste modo, para a classificação de uma perturbação de foro psicológico devemos, inicialmente, tentar compreender os processos mentais considerados sãos, dado que a saúde mental não é, simplesmente, a ausência de sintomas psicopatológicos (Rossi & Rosso, 2007).

É necessário descrever os traços de personalidade formados e emergentes, sendo que se verifica uma combinação entre fatores biológicos, desenvolvimentais, familiares e culturais que podem mudar a personalidade da criança ou mantê-la relativamente

estável (PDM, 2006). Algumas investigações têm tentado perceber o desenvolvimento da personalidade em crianças, confirmando a emergência do sentido de identidade, estilos de pensamento de modo de relacionamento com o mundo externo durante a infância (Kernberg et al., 2003). Kernberg et al. (2003) quanto a este tema, dão o exemplo do desenvolvimento da empatia, que se desenvolve por volta dos 2 anos de idade e que é componente em alguns transtornos de personalidade, nomeadamente narcisista e antissocial.

Não obstante, as pesquisas que têm vindo a ser realizadas, que mostram que perturbações de personalidade podem ser diagnosticadas válida e fiavelmente em crianças (Courtney-Seidler et al., 2013; Hutsebaut et al., 2013), verifica-se muita relutância adjacente ao diagnóstico de psicopatologias. As perturbações de personalidade, em crianças e adolescentes, tratam-se de nosologias que podem comportar alguma gravidade e impossibilidade de tratamento, bem como ter um efeito nefasto no indivíduo ou na sua família (Kernberg et al., 2003). Deve ter-se em consideração que a criança se encontra dependente do seu ambiente afetivo e relacional e que o seu desenvolvimento muda constantemente, o que provoca um forte impacto nas manifestações comportamentais da mesma (Boubli, 2001). Não obstante, uma das maiores limitações ao diagnóstico de psicopatologias em crianças é a falta de instrumentos sensíveis para a avaliação das mesmas (Hutsebaut et al., 2013).

1.1.1. Diagnóstico de Psicopatologias em Crianças e Adolescentes

O diagnóstico de psicopatologias têm, frequentemente, por base as nosologias da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Associação de Psiquiatria Americana (APA), que são abordagens psicopatológicas não desenvolvimentais que tentam descrever uma doença mental em qualquer idade, ao contrário da perspectiva freudiana que procura perceber o contexto desenvolvimental do indivíduo e da doença (Costello & Angold, 1995). É, por isso, adotada uma posição “adultocêntrica” (Gonçalves & Simões, 2000, p.47), assumindo que os critérios de diagnóstico para crianças e adolescentes são semelhantes aos dos adultos.

Efetivamente, os critérios do manual da Associação de Psiquiatria Americana são ou não verificáveis, havendo uma descontinuidade marcada entre o normal e o patológico (Gonçalves & Simões, 2000), na medida em que são especificados quantos critérios o indivíduo deve preencher para ser diagnosticada uma determinada patologia (Holmes, 2001). Em algumas patologias esta descontinuidade é mais marcada, enquanto noutras é mais complicado fazer a distinção, como por exemplo, entre comportamentos de oposição normais para uma determinada faixa etária ou os que são patológicos (Gonçalves & Simões, 2000). A verificação ou não dos critérios para diagnóstico levantam também a questão de haver casos subclínicos, onde falta cumprir um critério para ser feito um diagnóstico, mais sérios do que alguns que têm diagnóstico confirmado (Gonçalves & Simões, 2000).

Se, por um lado, os manuais referidos nos dão cada vez mais informações sobre as patologias do foro psicológico e nos dão critérios comportamentais detalhados que nos

guiam para um diagnóstico, estes mesmos critérios fazem-nos perder informação eventualmente importante sobre a individualidade do sujeito (Holmes, 2001).

Neste sentido, é, de facto, pertinente recorrer a uma panóplia de técnicas que nos ajudem a recolher informação relevante, tendo sempre em atenção que não devemos colocar no indivíduo um rótulo associado à patologia (Holmes, 2001). Entre os procedimentos existentes para o psicodiagnóstico, destacam-se a observação, a entrevista e os testes psicológicos objetivos e projetivos, sendo que as limitações de uma técnica são eventualmente colmatadas pelas outras (Holmes, 2001).

1.2 Esquizofrenia

1.2.1. Evolução do construto

O termo “esquizofrenia” é proveniente do que Kraepelin, no início do século XX chamava de *dementia praecox*, ou demência precoce, fazendo, assim, uma distinção das perturbações mentais que eram consequência de sintomas psicopatológicos de foro emocional, nomeadamente as perturbações maníaco-depressivas (Cornblatt, Green & Walker, 1999; Madalena, 1982; Pull, 2005).

Ao que Kraepelin chamava “*dementia praecox*”, Bleuler, seu contemporâneo, dava o nome de Esquizofrenia, conferindo a este conceito uma visão mais psicológica (Cornblatt et al., 1999), já que lhe associava mais a “cisão da personalidade” (Madalena, 1982, p.64). Para Bleuler, a Esquizofrenia consistia num conjunto de sinais e sintomas que incluíam o embotamento afetivo, problemas na atenção, afetos desadequados e também o autismo (Pull, 2005).

Para Schneider, a Esquizofrenia provocava alterações nas percepções, nos sentimentos e nos impulsos, contendo experiências anormais, que constituíam os chamados “sintomas de primeira ordem”, influenciando a definição e critérios para o diagnóstico que o DSM veio a usar (Pull, 2005).

No que diz respeito aos manuais de diagnóstico de perturbações mentais, mais especificamente o DSM, só na segunda edição deste manual se começa a falar de Esquizofrenia, o que se deve à crescente produção de literatura que começava a distinguir esquizofrenia de autismo e das perturbações evasivas do desenvolvimento (McClellan & Stock, 2013).

Para vários autores verificaram-se alterações do DSM-IV-TR (2002) para o DSM-V (2013): as alucinações, delírios e discurso desorganizado mantêm-se como critérios obrigatórios, embora as alucinações a comentar ou a conversar com o sujeito e os delírios bizarros deixem de ser obrigatórios (McClellan & Stock, 2013; Tandon et al., 2013). Para além dos delírios, alucinações e discurso desorganizado, também o comportamento desorganizado e catatónico e os sintomas negativos continuam a fazer parte dos critérios deste manual (DSM-V, 2013).

1.2.2. Delimitação do conceito

De acordo com o que afirmam Resende e Argimon (2012) os profissionais responsáveis pela elaboração do CID-10 tentaram criar uma terminologia única e comum a investigadores e clínicos para a observação direta de fenómenos patológicos.

Tendo por base a CID-10, podem apontar-se, de facto, sinais característicos desta doença, onde, em primeiro lugar, devem estar presentes pelo menos um dos seguintes sintomas: delírios ou alucinações tais como inserção ou roubo do pensamento; delírios de controlo; vozes alucinatórias que comentam o comportamento do sujeito; e delírios culturalmente desadequados como por exemplo poderes ou capacidades sobrenaturais (Resende & Argimon, 2012). Para este tipo de diagnóstico psicopatológico devem verificar-se também pelo menos dois dos sintomas seguintes: ideias sobrevalorizadas persistentes; discurso incoerente; comportamento catatónico como excitação ou postura desadequada; respostas emocionais incongruentes que se manifestam numa diminuição do desempenho social (Resende & Argimon, 2012).

Para o DSM-V (2013), indispensável ao diagnóstico de esquizofrenia são os delírios, alucinações e o discurso desorganizado (McClellan & Stock, 2013)

Ao analisarmos os critérios referidos, concluímos que os sintomas comuns são as alucinações, os delírios e o discurso incoerente ou desorganizado.

Neste seguimento importa distinguir os conceitos de delírios e alucinações, onde os primeiros constituem distúrbios do conteúdo do pensamento que levam o indivíduo a pensar que os demais conseguem ler o seu pensamento e que ele próprio consegue controlar o pensamento dos outros, enquanto as alucinações se referem à capacidade de o sujeito ver e ouvir coisas que não existem na realidade (Rossi & Struglia, 2010).

De acordo com Millon (1999) pacientes com diagnósticos de esquizofrenia tendem a ter modelos familiares marcadamente disfuncionais, o que pode constituir um fator determinante na etiologia desta doença

1.2.3. Esquizofrenia em Crianças e Adolescentes

Os critérios de diagnóstico para a esquizofrenia infantil assemelham-se bastante aos que se referem aos adultos (Kronenberger & Meyer, 1996; McClellan & Stock, 2013) e Kumra, Nicolson e Rapoport (2003) afirmam que vários estudos têm mostrado que pode ser feito um diagnóstico fiável de esquizofrenia em crianças com base nos critérios destinados a adultos. Estes critérios incluem sintomas positivos como delírios e alucinações (Kronenberger & Meyer, 1996; McClellan & Stock, 2013; Rossi & Struglia, 2010), e sintomas negativos que se manifestam através da apatia e comprometimento social em défice (McClellan & Stock, 2013; Rossi & Struglia, 2010), comportamento incoerente e desorganizado, sintomas estes que devem ser graves o suficiente para que tenham algum impacto no funcionamento adaptativo do indivíduo (Kronenberger & Meyer, 1996).

O diagnóstico só é possível quando os sintomas se mantêm por vários meses e quando os mesmos comprometem o funcionamento habitual do indivíduo (Grillo & Silva, 2004).

Apesar de o diagnóstico de esquizofrenia ser bastante raro em crianças e adolescentes, sintomas e comportamentos “tipo-esquizofrénicos” são comuns (Kronenberger & Meyer, 1996, 355). Tratam-se de comportamentos incoerentes que, contudo, não são duradouros o suficiente para ser feito um diagnóstico (Kronenberger & Meyer, 1996).

Segundo o que dizem McClellan e Stock (2013) acerca do DSM-V (2013), nas crianças com esquizofrenia pode-se verificar uma falha em adquirir as competências normativas para a idade, no que toca ao desenvolvimento interpessoal e escolar

Estas crianças, a nível social, tendem a estar isoladas devido a uma relação marcada pela ridicularização por parte do grupo de pares, uma vez que estas crianças podem adotar comportamentos considerados inapropriados e egoístas (Kronenberger & Meyer, 1996).

1.2.4. Avaliação da Esquizofrenia em Crianças e Adolescentes

Para Kronenberger e Meyer (1996) a avaliação psicológica é importante e deve visar a avaliação das crianças através de provas temáticas e projetivas, de modo a perceber algumas características da personalidade dos indivíduos. As técnicas projetivas incitam a respostas desorganizadas e pouco usuais por parte dos indivíduos, permitindo também perceber um pouco acerca do modo de pensamento e sobre os processos percetivos da criança (Kronenberger & Meyer, 1996).

Em provas projetivas, as respostas organizadas e coerentes não são típicas de indivíduos com traços de esquizofrenia, apesar de, por vezes, algumas crianças e adolescentes se manterem bastante adaptados à realidade (Kronenberger & Meyer, 1996).

A avaliação desta patologia deve passar pela realização de exames neuropsicológicos, dado que poderão existir anomalias ao nível cerebral, comprometendo regiões como as amígdalas, o corpo caloso (Bursztein, 2005), o hipocampo e a matéria cinzenta (Ferrari, Kimura, Nita & Elkis, 2006). Neste sentido, a avaliação desta patologia deve passar por provas psicológicas mas também por exames

neurológicos, ou seja, deve ser realizada uma avaliação por equipas multi e transdisciplinares.

De salientar, o facto de que na pesquisa por nós realizada não encontramos provas psicológicas específicas para a avaliação desta patologia.

1.2.5. Dificuldades inerentes ao diagnóstico

O diagnóstico da perturbação em estudo pode ser bastante difícil. Em primeiro lugar, alguns dos comportamentos considerados patológicos em adultos são comuns em crianças (Kronenberger & Meyer, 1996). Veja-se o exemplo da existência de amigos imaginários: é considerado normativo em crianças de 6/7 anos, apesar de em crianças mais velhas e adolescentes ser considerado patológico (Kronenberger & Meyer, 1996). No entanto, mesmo em crianças pequenas, verifica-se um modo de agir diferente com os amigos imaginários em comparação com os adultos e mesmo com os amigos reais (Kronenberger & Meyer, 1996). De facto, torna-se complicado distinguir fantasias normais da infância de alucinações patológicas (Kronenberger & Meyer, 1996).

Por outro lado, alguns sintomas de foro psicótico apresentados por crianças e adolescentes referem-se a comportamento de externalização, que podem ser confundidos com Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA), Perturbação de Comportamento e Perturbação de Comportamento Oposicional (Kronenberger & Meyer, 1996). Além de uma criança com comportamentos de externalização, quando gravemente transtornada pode adotar comportamentos considerados psicóticos em adultos, esta externalização pode constituir problemas de

comportamento e pode levar a criança a magoar-se a ela e aos outros (Kronenberger & Meyer, 1996), o que por si só pode fazer pensar num diagnóstico diferente.

Relativamente aos sintomas de PHDA em crianças com Esquizofrenia, um estudo de Peralta e colaboradores (2011), mostrou que 17% dos indivíduos com episódios de esquizofrenia tinham comportamentos que correspondiam aos critérios do DSM-IV para a PHDA.

Existe, também, alguma dificuldade em fazer o diagnóstico diferencial entre a Esquizofrenia e o Autismo em crianças, contudo, enquanto a primeira se costuma manifestar quase no início da adolescência, os sintomas de autismo ocorrem numa fase mais precoce da infância (Kronenberger & Meyer, 1996).

Acresce aos aspetos referidos anteriormente, que crianças e adolescentes que sejam sujeitos a muito stresse podem, por vezes, descompensar e apresentar delírios, alucinações e comportamento catatónico e desorganizado (Kronenberger & Meyer, 1996).

Como se pode verificar, podem ser feitos diagnósticos errados uma vez que a esquizofrenia pode ser confundida com diferentes patologias, entre elas perturbações de personalidade (McClellan & Stock, 2013). Assim, abordamos, de seguida, a Psicopatia e a Perturbação de Personalidade Antissocial.

1.3. Psicopatia e Perturbação de Personalidade Antissocial

1.3.1. Evolução do conceito

O conceito de “psicopatia” foi pela primeira vez introduzido na comunidade científica por Kraepelin, no início do século passado (Davoglio & Argimon, 2010; Walsh & Wu, 2008) e surge, atualmente, na literatura, não raras vezes, associado ao conceito de personalidade antissocial (Andrade, 2008; Davoglio & Argimon, 2010). Contudo, apesar de Kraepelin usar o termo de “Personalidade psicopática”, já Pinel, em 1801, falava neste conceito, utilizando o termo *manie sans delire* ou mania sem delírios (Henriques, 2009; Ronchetti et al., 2010; Salenkin, Neumann, Leistico & Zalot, 2004; Soeiro & Gonçalves, 2010) para falar do mesmo construto.

Uma das mais significativas contribuições para o construto em estudo foi a de Cleckley (1941/1976, citado por Henriques, 2009; Soeiro & Gonçalves, 2010) que enumerou 16 características presentes no perfil de um indivíduo com psicopatia:

- 1) Encanto superficial e boa inteligência;
- 2) Inexistência de alucinações ou de outras manifestações de pensamento irracional;
- 3) Ausência de nervosismo ou de manifestações neuróticas;
- 4) Ser indigno de confiança;
- 5) Ser mentiroso e insincero;
- 6) Egocentrismo patológico e incapacidade para amar;
- 7) Pobreza geral nas principais relações afetivas;

- 8) Vida sexual impessoal, trivial e pouco integrada;
- 9) Ausência de sentimentos de culpa ou de vergonha;
- 10) Perda específica da intuição;
- 11) Incapacidade para seguir qualquer plano de vida;
- 12) Ameaças de suicídio raramente cumpridas;
- 13) Raciocínio pobre e incapacidade para aprender com a experiência;
- 14) Comportamento fantasioso e pouco recomendável com ou sem ingestão de bebidas alcoólicas;
- 15) Incapacidade para responder na generalidade das relações interpessoais;
- 16) Exibição de comportamentos antissociais sem escrúpulos aparentes.

Cleckley (1941/1976, citado por Ronchetti et al., 2010; Salenkin et al., 2004), com as características expostas anteriormente, confere facetas interpessoais, afetivas e comportamentais ao conceito de psicopatia, componentes estas que figuraram como imprescindíveis a este construto até meados do século XX, aquando do crescente e sistemático uso dos manuais de diagnóstico de perturbações mentais, em particular o DSM (Ronchetti et al., 2010).

Como foi referido anteriormente, “Psicopatia” e “Personalidade Antissocial” tendem a surgir na literatura como conceitos semelhantes ou interligados e, segundo o que afirma Andrade (2008), nas várias edições do DSM têm figurado estas construtos, ainda que tenham vindo a assumir nomes diferentes. Na primeira edição, o então chamado

Distúrbio de Personalidade Sociopática tinha características como ausência de ansiedade e culpa, impulsividade e insensibilidade, bem como não aceitar as responsabilidades pelos próprios atos (Andrade, 2008). Na edição seguinte do manual, ainda eram tidos em consideração os traços de personalidade, dando relevância ao egoísmo, irresponsabilidade, ausência de lealdade e remorso e falha na aprendizagem através da punição (Cale & Lilienfeld, 2002). Já na terceira edição, verificaram-se mudanças radicais, onde deixa de se considerar traços de personalidade e passou-se a considerar um conjunto de comportamentos que levavam a um diagnóstico do que atualmente se chama Perturbação de Personalidade Antissocial (Andrade, 2008; Cale & Lilienfeld, 2002). Para este diagnóstico, era necessário haver uma história de comportamentos delinquentes e irresponsáveis antes dos 15 anos de idade (Cale & Lilienfeld, 2002). A quarta versão do DSM continua a dar ênfase aos comportamentos, principalmente aos que se referem a uma desconsideração e violação das normas sociais, envolvendo mentiras e enganos, impulsividade, irritabilidade, e ausência de remorso (Andrade, 2008; Cale & Lilienfeld, 2002).

No DSM-V (2013) continuam a vigorar os mesmos comportamentos que levam ao diagnóstico, havendo a referência a uma idade mínima de 18 anos e a ocorrência de problemas comportamentais antes dos 18 anos de idade.

1.3.2. Delimitação dos conceitos

De facto, estabelece-se, com alguma frequência, uma relação entre comportamentos antissociais e personalidades psicopáticas (Fernandes da Fonseca, 1997) havendo, efetivamente, uma tendência para conceptualizar estes dois termos como sinónimos,

embora na realidade nem sempre serem comparáveis (Davoglio & Argimon, 2010) e terem barreiras conceptuais pouco definidas (Walsh & Wu, 2008).

De acordo com o que afirmam Davoglio e Argimon (2010), a psicopatia comporta sempre traços antissociais, embora o contrário possa não acontecer. Para vários autores, a principal diferença reside no facto de que os traços antissociais se referem aos comportamentos do individuo, enquanto a psicopatia diz respeito ao foro emocional e interpessoal (Frick, Stickle, Dandreaux, Farrell & Kimonis, 2005; Manfredi, 2009; Ronchetti et al., 2010).

Os comportamentos antissociais podem ser definidos como ações delinquentes crónicas que não são corrigidas pela experiência ou pelo castigo aplicado aos comportamentos (Fernandes da Fonseca, 1997) e indivíduos com este tipo de comportamentos recorrentes manifestam menos importância pelos sentimentos dos outros, o que pode ser considerado um comportamento de psicopatia ou de personalidade antissocial (PDM, 2006). Assim, Asscher et al. (2011), Johnstone e Cooke (2004), Salekin et al. (2004) e Willensen e Verhaegen (2012) assumem a psicopatia como uma perturbação de personalidade que comporta características interpessoais, afetivas e comportamentais, o que corrobora o que afirmava Cleckley (1988, cit. in Henriques, 2009), quando dizia que a psicopatia comporta um défice no que toca à compreensão profunda dos sentimentos dos outros, embora a nível comportamental estes sujeitos aparentem compreender as emoções.

De acordo com Holmes (2001), os sujeitos com personalidade antissocial manifestam tendências hedonistas, onde se verifica uma busca pelo prazer, bem como a superficialidade emocional, podendo haver a verbalização de fortes sentimentos.

Segundo o mesmo autor, estes indivíduos conseguem racionalizar os seus comportamentos desadequados e conseguem frequentemente livrar-se dos problemas consequentes das suas ações através da conversa. Verifica-se uma tendência para condutas impulsivas, que causem prejuízo emocional e financeiro aos outros, sem que seja sentida culpa (Holmes, 2001).

1.3.3. Traços de Psicopatia e Comportamentos Antissociais em Crianças e Adolescentes

A maioria dos trabalhos elaborados na área da psicopatia, direcionam-se à faixa etária dos adultos, dada a sua estreita relação com a criminalidade (Haltz, Martinez, Requena, Santos & Ortiz, 2011; Nunes, 2009), o que não deixa de ser aplicável a adolescentes, uma vez que, quando existem traços de psicopatia nesta faixa etária, estes indivíduos são os mais crónicos e perigosos dos ofensores (Salekin, Rogers & Machin, 2001).

No entanto, tem vindo a ser feita pesquisa no intuito de delimitar o conceito de personalidade psicopática na infância, apesar de não haver uma grande estabilidade da personalidade em crianças (Frick et al., 2005; López-Romero et al., 2011). De facto, são levantadas muitas questões referentes ao construto de psicopatia na infância (Salekin & Frick, 2005): é apropriado aplicar o conceito de psicopatia a crianças e adolescentes, tendo em conta que se trata de um termo pejorativo? As manifestações de psicopatia mantêm-se idênticas nos diferentes níveis de desenvolvimento dos indivíduos? A psicopatia é igual em crianças e adultos? E como se pode medir a psicopatia em crianças? Neste sentido, alguns autores aconselham o uso de expressões como “traços

de psicopatia” (Johnstone & Cooke, 2004, p.105) em vez de usar apenas o nome da patologia quando se fala em crianças ou adolescentes.

Quer a CID-10, quer o DSM-IV, não incluem a psicopatia como um diagnóstico em nenhuma faixa etária, nem aconselham o diagnóstico de uma perturbação de personalidade antes dos 17/18 anos de idade (Davoglio et al., 2012). No entanto, é admitido pelos manuais de diagnóstico que as perturbações de personalidade não são de início abrupto, tornando-se necessário não só o recurso a nomenclaturas específicas para este tipo de patologias em crianças e jovens (Davoglio et al., 2012) mas também a avaliação da estabilidade de traços de psicopatia durante o processo de crescimento dos jovens para que se torne possível prever o desenvolvimento desta patologia na idade adulta (Lynam et al., 2009). Aliás, um estudo de Lynam et al. (2009) mostrou que os traços de psicopatia em jovens tendem a manter-se durante o processo de crescimento. Costello e Angold, em 1995, referem um estudo de McGee e colaboradores que sublinha esta perspetiva, ao afirmarem que os comportamentos de externalização em rapazes de 11 anos são preditores de patologias de externalização aos 15 anos de idade. Também Neumann, Wampler, Taylor, Blonigen e Iacomo (2011) afirmam que os sintomas de personalidade psicopática se mantêm da adolescência até ao início da idade adulta.

No DSM-III a Perturbação de Comportamento Opositor era vista como tendo associação ao comportamento antissocial (Dishion, French & Patterson, 1995). Já a Perturbação de Comportamento, no mesmo manual, tinha 4 categorias diferentes: *Undersocialized-Agressive*; *Undersocialized-Nonaggressive*; *Socialized-Agressive*;

Socialized-Nonaggressive (Dishion et al., 1995, p.422). Na edição revista do DSM-III estas categorias desapareceram (Dishion et al., 1995).

No DSM-IV-TR (2002) e no DSM-V (2013) os Problemas de Comportamento na infância têm como critérios o comportamento agressivo que ameace a segurança de outras pessoas ou animais, que ponha em perigo ou que comporte a perda de propriedade, falsificação e roubos e, ainda, a violação de normas sociais referentes à faixa etária. No entanto, uma criança ou um adolescente pode apresentar alguns dos comportamentos enunciados anteriormente e não preencher os critérios para que seja feito um diagnóstico (Smith & Hung, 2012).

Já no *Psychodynamic Diagnostic Manual* (2006), é utilizado o termo “sociopatia” (p.215) substituindo o termo psicopatia, no sentido de ir ao encontro da literatura existente, que usa o primeiro termo quando se refere a crianças. Neste sentido, este tipo de comportamentos são agrupados no que designam de “*Sociopathic (Antisocial) Personality Disorder*” (PDM, 2006, p.215), que corresponderia à Perturbação de Personalidade Antissocial referida pelo DSM-IV-TR (2002). Os indivíduos que manifestam sintomatologia típica desta perturbação mostram tendências de negligência para com os direitos dos outros, bem como ausência de remorso (PDM, 2006). Pretendem exercer poder sobre os outros e usam a manipulação como forma de o obter (PDM, 2006).

À semelhança do que acontece nos adultos, a psicopatia na criança envolve características afetivas, como baixa capacidade de empatia, características interpessoais (manipulação) e comportamentais, como marcada impulsividade (Davoglio et al., 2012; López-Romero et al., 2011). A baixa capacidade de empatia, a pobre expressão

emocional e a ausência de sentimentos de culpa, aliados aos problemas comportamentais manifestados pelos jovens vão de encontro à literatura existente no que concerne à psicopatia nos adultos (Salekin & Frick, 2005).

Os problemas comportamentais representam um dos principais focos de estudo no que diz respeito a crianças e jovens, dado representarem uma interação entre um indivíduo eventualmente vulnerável e um contexto adverso (López-Romero et al., 2011). Estes problemas comportamentais, aquando de início precoce, associam-se a um prognóstico mais delicado, uma vez que estão relacionados com comportamentos agressivos, infratores e antissociais (López-Romero et al., 2011), bem como com o abuso de substâncias, tentativas de suicídio e institucionalizações (Davoglio et al., 2012). A estes problemas de comportamento, associa-se também um baixo rendimento escolar não explicado por défices cognitivos e problemas nas relações com colegas, professores e familiares (Grillo & Silva, 2004).

Davoglio e Argimon (2010) enumeram alguns sintomas típicos da psicopatia em crianças como os problemas comportamentais, impulsividade e ausência de controlo de impulsos, irresponsabilidade, discurso eloquente, autovalorização, sexualidade impessoal e falta de sentimento de culpa ou vergonha. Davoglio e Argimon (2010) e Allen, Briskman, Humayun, Dadds e Scott (2013) afirmam que crianças com traços psicopatas têm uma inteligência dentro ou acima da média.

Hare, Cooke e Hart (1999) além de também referirem a ausência de sentimentos de culpa e a impulsividade, acrescentam que os indivíduos com psicopatia são arrogantes, superficiais, não mantêm ligações emocionais com os outros e são manipuladores. Feilhauer e Cima (2013) referem, como principais traços de psicopatia em crianças, o

narcisismo, a insensibilidade emocional e a impulsividade. Em concordância com esta última característica referida, estão também Allen et al., (2013), reforçando alguns dos autores citados anteriormente quando falam em egocentrismo, manipulação e irresponsabilidade como traços psicopáticos na infância.

Para Lustin (1998, p. 302) os pré-adolescentes com organizações psicopáticas utilizam o agir “sem culpabilidade nem conflito intrapsíquico (...) como modo exclusivo de expressão de pulsões e não conseguem estabelecer relações estáveis com o outro”. Segundo o autor, estes indivíduos sentem um desejo de manter relações afetivas contudo, quando estas tendem a prolongar-se verifica-se uma quebra nas mesmas (Lustin, 1998). Para os autores do PDM (2006), a maioria das crianças com tendências sociopatas não desenvolvem relações afetivas estáveis com os seus cuidadores, afetando a sua capacidade de desenvolverem um sentido de empatia adequado. Os comportamentos antissociais, de acordo com Dishion, French e Patterson (1995), podem coocorrer com humor depressivo.

Apesar de toda a investigação que tem sido efetuada e que tem mostrado que estes traços e comportamentos começam a surgir na infância, o construto de psicopatia em crianças e adolescentes tem assumido alguma controvérsia (Johnstone & Cooke, 2004; Ribeiro da Silva, Rijo & Salekin, 2013). Em primeiro lugar, o processo de desenvolvimento de uma criança ou adolescente confere à personalidade uma maleabilidade que, por sua vez, influencia a validade e estabilidade deste conceito (Ribeiro da Silva et al., 2013).

Para além disso, alguns autores afirmam que pode ser pouco ético colocar-se, numa fase tão precoce do desenvolvimento, uma “etiqueta” deste tipo, embora a investigação

tenha vindo a mostrar que a psicopatia e personalidade antissocial se começam a manifestar na infância (Haltz et al., 2011). Apesar de este tipo de perturbação ter início na infância, os diagnósticos de psicopatia em crianças tendem a conferir alguma estigmatização ao indivíduo (Ribeiro da Silva et al., 2013).

No entanto, é importante a identificação precoce destes traços psicopatológicos na medida em que pode conduzir a uma prevenção e intervenção mais eficaz (Holmes, Slaughter & Kashani, 2001; Salekin et al., 2001) e minimizar as consequências negativas desta patologia (Asscher et al., 2011).

1.3.4. Avaliação de Traços de Psicopatia e Comportamentos Antissociais em Crianças e Adolescentes

O facto de se falar em personalidade não invalida a administração de uma prova de inteligência como a Escala de Inteligência de Wechsler para crianças (WISC-III), já que traços de personalidade podem afetar o conteúdo e o tipo de respostas que a criança dá aos testes intelectuais estruturados (Kernberg et al., 2003).

Kernberg et al. (2003) sublinham a importância de se conhecer o processo evolutivo das crianças usando, por exemplo, a *Child Behavior Checklist* (CBCL) de Achenbach (1991, citado por Kernberg et al., 2003). Este questionário permite retirar alguma informação relevante quanto à Perturbação de Personalidade Antissocial analisando os itens 15, 16, 21, 26, 37, 41, 43, 67, 72, 81, 82, 97, 101 e 106 (Kernberg et al., 2003).

Uma das provas mais usuais quando se trata da avaliação da personalidade, é o Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (MMPI), instrumento este que é

administrado a maiores de 18 anos (Davoglio & Argimon, 2010). Uma vez que esta prova não é aplicável a crianças e adolescentes devido à idade, poder-se-á utilizar um instrumento de avaliação de personalidade destinado a esta mesma faixa etária, como por exemplo o *Eysenck Personality Questionnaire júnior* (Fonseca & Eysenck, 1989).

Da pesquisa efetuada, verificámos que um dos instrumentos mais utilizados para a avaliação de psicopatia é a *Psychopathy Checklist – Revised* (PCL-R) de Hare (Andrade, 2008; Cale & Lilienfeld, 2002; Ribeiro da Silva et al., 2013; Walsh & Wu, 2008) que pretende avaliar a psicopatia em adultos (Salenkin et al., 2004) e que fornece uma perspetiva alternativa ao DSM-IV abordando as componentes não só comportamentais mas também afetivas (Smith, Gacono & Kaufman, 1997).

A PCL-R é uma *checklist* constituída por dois grupos: o fator 1 diz respeito a características interpessoais e afetivas, enquanto o fator 2 remete para uma componente mais comportamental (Salenkin et al., 2004). Posteriormente, foi criada uma versão teoricamente aplicável a adolescentes (PCL – Youth Version) (Edens, Skeen, Cruise & Cauffman, 2001; Salenkin et al., 2004).

Este instrumento encontra-se adaptado para a Língua Portuguesa, mas em específico para o contexto brasileiro (Ronchetti, 2009; Ronchetti et al., 2010) e não para Portugal.

Outro dos instrumentos utilizados para a avaliação desta patologia é o *Antisocial Process Screening Device* (Frick & Hare 2001 citado por Edens et al., 2001; Frick, Kimonis, Dandreaux & Farell, 2003; Johnstone & Cooke, 2004), que pretende avaliar os traços de psicopatia em pré-adolescentes. Trata-se de um questionário de 20 itens, que se divide em dois fatores: o fator *Callous-unemotional*, que diz respeito à componente de ausência de culpa, remorso e desconsideração pelos sentimentos dos

outros, e o fator Impulsividade/Problemas de Conduta (Frick et al., 2003; Johnstone & Cooke, 2004).

Este instrumento foi adaptado para a população portuguesa por Pechorro, Vieira e Vieira (2012), e denomina-se Dispositivo de Despiste de Processo Anti-Social. Na versão portuguesa, este instrumento mantém os dois fatores da escala original: Traços Calosos/não-emocionais e Impulsividade/Problemas de Comportamento (Pechorro et al., 2012).

Contudo, Salekin et al. (2001) afirmam que as escalas de avaliação de psicopatia não são suficientemente sensíveis para fazer um diagnóstico.

Em crianças e adolescentes, deve dar-se preferência ao recurso a técnicas gráficas e projetivas para chegar a este tipo de diagnóstico (Davoglio & Argimon, 2010), dado que este tipo de provas minimizam a interação de pergunta-resposta e dão oportunidade para que o sujeito exponha conteúdos que muitas vezes podem não ser expressados corretamente de outra forma (Mundy, 1972). Kronenberger e Meyer (1996) defendem também a avaliação psicológica de crianças e adolescentes através de provas temáticas e projetivas, como por exemplo o Rorschach, os testes de aperceção temática (TAT) ou provas idênticas, de modo a perceber algumas características da personalidade dos indivíduos, cujas respostas fornecem informação relevante no que concerne à dinâmica de personalidade do avaliado (Davoglio & Argimon, 2010; Kernberg et al., 2003; Kronenberger & Meyer, 1996).

1.3.5. Dificuldades inerentes ao diagnóstico

Como já foi referido anteriormente, verifica-se uma grande relutância no que toca ao diagnóstico de perturbações de personalidade em crianças e adolescentes. As perturbações de personalidade são bastante difíceis de diagnosticar na infância dado o estágio desenvolvimental do sujeito, já que as crianças e adolescentes são sensíveis às mudanças ocorridas no contexto que as envolve bem como na família (PDM, 2006).

A falta de instrumentos de avaliação adequados (Davoglio et al., 2012) e a precisão dos mesmos (Ribeiro da Silva et al., 2013) constitui outra das dificuldades inerentes ao diagnóstico. Verifica-se uma ausência de instrumentos sensíveis para um diagnóstico adequado (Hutsebaut et al., 2013; Salekin et al., 2001) e falta de dados psicométricos nestes mesmos instrumentos (Asscher et al., 2011). A falta de acordo da comunidade científica no que toca ao construto de psicopatia, nomeadamente em faixas etárias mais jovens, poderá estar na base na falta de precisão dos instrumentos que existem para a avaliação (Ribeiro da Silva et al., 2013).

No seguimento do que foi afirmado anteriormente, muitos dos autores sugerem o uso de expressões como “comportamento de externalização” de modo a evitar termos pejorativos como “psicopatia” e “antissocial” (Davoglio et al., 2012, p.455). Contudo, crianças com comportamentos de externalização podem não desenvolver qualquer tipo de psicopatologia. Apesar disto, Smith e Hung (2012) afirmam que os comportamentos de externalização, quando vistos num *continuum*, têm os traços de psicopatia num dos extremos, pelo que se pode ver a externalização como um fator de risco para o desenvolvimento de psicopatologia.

Pode, também, haver alguma dificuldade em identificarem-se traços de psicopatia na infância, uma vez que a literatura mostra que muitas vezes estão associados a problemas de comportamento e até mesmo à Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) (Grillo & Silva, 2004; Halty et al., 2011; Ribeiro da Silva et al., 2013; Smith & Hung, 2012). Os problemas de comportamento são um dos principais fatores para o diagnóstico de uma psicopatologia, seja ela ao nível dos transtornos de conduta seja ao nível patologias como a PHDA, quando se trata de crianças e adolescentes (Smith & Hung, 2012). A PHDA associada a Problemas de Comportamento na infância são fortes preditores de psicopatia no adulto e de um estilo de vida antissocial (Abramowitz, Kosson & Seidenberg, 2004; Holmes et al., 2001).

Outra das dificuldades diz respeito aos problemas comportamentais. Numa fase conturbada como é a adolescência, torna-se difícil fazer a distinção entre problemas de comportamento normais da faixa etária e os que são patológicos (Gonçalves & Simões, 2000).

1.4.Síntese

Neste capítulo foram abordados temas relativos à saúde mental e à psicopatologia de crianças e adolescentes, dando-se ênfase a duas patologias: esquizofrenia e psicopatia ou perturbação de personalidade antissocial.

Ainda que as barreiras entre o normal e o patológico possam ser pouco definidas no que concerne a alguns comportamentos, sublinha-se a ideia de uma visão holística

sobre o indivíduo, dando importância não só aos seus comportamentos mas também aos pensamentos e emoções que vai demonstrando.

Salienta-se, ainda, a importância da identificação precoce da sintomatologia psicopatológica, onde podem não ser cumpridos os critérios que os manuais apontam como essenciais a um diagnóstico, mas que podem constituir sintomas suavizados que podem evoluir, ou não, durante o processo de desenvolvimento das crianças e adolescentes. Quanto mais cedo for feita esta identificação, maior será a probabilidade de se intervir eficazmente.

Deve, porém, ser feito um diagnóstico diferencial, dado que muitos dos comportamentos sinalizados como patológicos podem fazer-nos ponderar diversos quadros nosológicos. Para isso, deveriam existir instrumentos adequados à faixa etária das crianças e adolescentes, de modo ao processo de avaliação ser fiável e, consequentemente, haver uma intervenção adequada.

2.1. Introdução

A metodologia utilizada nesta investigação é de carácter qualitativo. Neste capítulo são abordadas as características inerentes a esta metodologia, bem como as especificidades de um estudo de caso e, ainda, algumas considerações éticas inerentes à metodologia de pesquisa utilizada e que serão respeitadas nesta investigação.

O objetivo geral que norteia o presente estudo é analisar a saúde mental do participante, sendo que esta investigação assume um carácter descritivo e exploratório. Pretendemos identificar possíveis diagnósticos, reconhecendo obstáculos e dificuldades no processo de avaliação e diagnóstico e sugerindo algumas atividades para a intervenção neste caso.

Será apresentado o método, onde se descreverá o participante do estudo, os instrumentos de avaliação utilizados e irá ser descrito o procedimento ao qual se recorreu para a recolha de informação e elaboração desta investigação.

2.2. Método Qualitativo e Estudo de Caso

A pesquisa qualitativa visa estudar os fenómenos humanos e diverge dos métodos de investigação que tentam controlar as suas variáveis (Holanda, 2006; Turato, 2005).

Procura-se, efetivamente, conhecer os processos subjetivos (Holanda, 2006), tendo os significados um papel crucial, uma vez que é através deles que os indivíduos

organizam as suas vidas (Turato, 2005). É um método de investigação que está associado à subjetividade e à realidade do investigador, recebendo algumas interferências do seu funcionamento psicológico (Pinto, 2004). O investigador recolhe os dados (Turato, 2005) e constrói a informação recolhida (Pinto, 2004), exercendo uma função interpretativa constante dos dados que adquire (Meirinhos & Osório, 2010). Deve, por isso, haver o cuidado de relativizar as interpretações feitas com os dados recolhidos, uma vez que na ciência não existem verdades absolutas (Alvarenga, Puccinini, Lavandowski, Frizzo, Marin & Villanchan-Lyra, 2012).

Os estudos de caso apresentam as características da pesquisa qualitativa (Meirinhos & Osório, 2010). Deve recorrer-se a várias fontes de informação, como por exemplo entrevistas, observação, documentos (Holanda, 2006; Ponte, 2006). Um estudo de caso pode ser definido como a descrição intensiva das características de um sujeito em particular (Shaughnessy & Zechmeister 1994).

Yin (2004) defende também que se deve recorrer à análise de várias fontes de informação distintas, todas elas com as suas vantagens e desvantagens. Com várias fontes de informação, como por exemplo, a análise de documentação existente sobre o caso, entrevistas e a observação, poderemos ter como vantagens o acesso a dados importantes específicos e detalhados, havendo, por outro lado, o risco de grande parte da informação estar enviesada por todos os intervenientes (Yin, 2004), que podem dar e receber informação de acordo com o que lhes é desejável (Shaughnessy & Zechmeister, 1994)

Efetivamente, um estudo de caso visa conhecer uma entidade ou uma pessoa aprofundadamente, demonstrando as suas características essenciais e próprias (Ponte,

2006). Esta metodologia procura analisar a história de vida do indivíduo (Holmes, 2001) e requer uma articulação entre marcos de referência e a descrição das diferenças individuais (Belsky, 2010 citado por Alvarenga et al., 2012) onde, por isso, se deve fazer uma articulação entre a literatura existente e as características individuais do participante do estudo (Ponte, 2006). Deverá passar pelas seguintes fases: a escolha do caso, a recolha exaustiva de dados sobre o mesmo, a análise da informação e, no final, as interpretações (Holanda, 2006) sendo que a delimitação imprecisa do objeto de estudo constitui um dos problemas mais frequentes dos estudos de caso (Ponte, 2006). Num estudo de caso pode ser apresentada uma grande quantidade de informação sobre o participante mas não serem evidenciados os aspetos únicos e particulares que são verdadeiramente importantes (Ponte, 2006).

Ainda que, segundo Yin (2004), muitos autores tenham algumas considerações sobre o uso desta metodologia, esta é vista como empírica e deve ser rigorosa para que se possa chegar a resultados e conclusões que, porém, não podem ser generalizados (Yin, 2004).

Em qualquer investigação devem ser tidos em consideração os princípios éticos a ela subjacentes. A investigação deve ser devidamente planeada para que sejam discutidas algumas considerações éticas específicas e, posteriormente, aprovada por uma Comissão de Ética (Goldim, Pithan, Oliveira & Raymundo, 2003; Yin, 2004) e deve ser solicitada a participação dos indivíduos através do Consentimento Informado, onde são explicados os procedimentos da investigação (Alvarenga et al., 2012; Goldim et al., 2003; OPP, 2011).

Uma investigação onde o psicoterapeuta acumule também o papel de investigador levanta questões éticas (Alvarenga et al., 2012), dado existir a possibilidade de gerar constrangimento aos participantes (Goldim et al., 2003). Neste sentido, nesta investigação optamos por diferenciar estes dois papéis.

2.3. Método

2.3.1. Participante

Neste trabalho optou-se por realizar o estudo de um participante singular, que será denominado por J. de forma a preservar o seu anonimato. Este indivíduo procurou o apoio psicológico na Clínica Pedagógica de Psicologia da Universidade Fernando Pessoa, onde, desta forma, tivemos contacto com o mesmo.

Foi escolhido este participante em específico dado apresentar sintomatologia psicopatológica muito particular e características pessoais que dificultam um processo de avaliação e intervenção eficaz.

J. é um indivíduo do sexo masculino, de 11 anos, que frequenta o 6º ano de escolaridade. É filho único e vive com a mãe e o padrasto. No capítulo 3, descreveremos com mais pormenor a história de vida do J. desde o nascimento até à atualidade.

2.3.2. Instrumentos

2.3.2.1. *Child Behavior Checklist*

A *Child Behavior Checklist* (CBCL) é um questionário para pais que pretende avaliar a psicopatologia em crianças/adolescentes dos 4 aos 18 anos, e foi construído por Achenbach em 1991 (Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira & Cardoso, 1994; Gonçalves & Simões, 2000).

Esta escala é constituída por 2 partes: a primeira com 120 itens que correspondem a comportamentos que a criança possa ter, onde os pais devem assinalar com uma cruz uma escala de 0 (não é verdadeiro), 1 (às vezes ou em parte verdadeiro) ou 2 (muitas vezes verdadeiro), itens que constituem na maior parte afirmações e, no final, dando espaço ao cuidador para apresentar 2 afirmações à sua escolha (Fonseca et al., 1994; Gonçalves & Simões, 2000). A segunda parte diz respeito às competências das crianças a nível da sua participação em passatempos, desportos, interações sociais (Fonseca et al., 1994).

Este instrumento encontra-se validado para a população portuguesa por Fonseca et al. (1994) e é constituído por 8 subescalas: Isolamento, Queixas somáticas, Ansiedade/depressão, Problemas sociais, Problemas de atenção, Problemas de pensamento, Comportamento agressivo, Comportamento delinquente (Gonçalves & Simões, 2000).

Por vezes, pode haver incongruência nas informações recolhidas através desta prova quando comparada a outras fontes de informação, o que poderá ter várias explicações (Gonçalves & Simões, 2000). Poderá indicar a diferença do comportamento consoante

os contextos, a escassez de acesso à informação pretendida, a negação do problema ou ainda a distorção deliberada da informação que o inquirido quer fornecer (Gonçalves & Simões, 2000)

2.3.2.2. Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-III)

A Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-III) (Wechsler, 1992) é uma prova que avalia o funcionamento cognitivo de crianças entre os 6 e os 16 anos (Simões et al., 2003). É uma prova constituída por 13 subtestes (Simões et al., 2003), sendo 10 de administração obrigatória (Completamento de Gravuras, Informação, Código, Semelhanças, Disposição de Gravuras, Aritmética, Cubos, Vocabulário, Composição de Objetos e Compreensão) e 3 opcionais (Pesquisa de Símbolos, Memória de Dígitos e Labirintos) (Wechsler, 1992). Esta escala permite avaliar a inteligência dos sujeitos, dando-nos como resultados um Quociente de Inteligência Verbal (QIR) e um não-verbal, de realização (QIR) (Simões et al., 2003). A aplicação desta prova necessita de 60 a 90 minutos para ser completa (Simões et al., 2003)

2.3.2.3. Teste Aperceptivo de Roberts para Crianças (RATC)

O Teste Aperceptivo de Roberts para Crianças (RATC) é a versão portuguesa do Roberts Apperception Test for Children (McArthur & Roberts, 1989). É uma prova constituída por 16 placas onde são evocados diferentes temas do mundo interpessoal da criança entre os 6 e os 15 anos (Gonçalves, Morais, Pinto & Machado, 1999). Cada uma das placas remete para conteúdos diferentes, sendo eles os seguintes (Roberts, 1994):

Quadro 1

Conteúdos inerentes às placas da RATC (adaptado de Roberts (1994)).

Placa	Conteúdo
1	Confronto familiar
2	Suporte maternal
3	Atitude escolar
4	Apoio/Agressão
5	Afeto paternal
6	Interação entre pares/racial
7	Dependência/ansiedade
8	Reunião familiar
9	Agressão física
10	Rivalidade entre irmãos
11	Medo
12	Conflito/depressão parental
13	Libertação da agressividade
14	Imposição materna de limites
15	Nudez/ sexualidade
16	Suporte paternal

As histórias contadas pela criança são, posteriormente, codificadas e organizadas em 3 grupos: 8 escalas adaptativas, 5 escalas clínicas e 3 indicadores clínicos (Gonçalves et al., 1999). Como escalas adaptativas, Gonçalves et al. (1999) e Roberts (1994) descrevem as seguintes: Pedido de Ajuda (REL) onde uma das personagens pede ajuda a outra; Suporte-outros (SUP-O) onde se verifica alguma interação positiva entre as personagens; Suporte-criança (SUP-C) onde é demonstrada felicidade ou autocontrolo

por uma das personagens; Limite de Comportamento (LIM) havendo a imposição de limites por parte de um adulto para com a criança; Identificação de Problema (PROB) estando patente o problema com o qual a criança se confronta; Resolução (RES-1, RES-2, RES-3), onde se verifica a resolução da história, havendo 3 tipos de resolução diferentes: na primeira o problema deixa subitamente de existir ou tem uma resolução mágica, na segunda a criança descreve uma solução adaptativa fazendo referência aos passos para tal e, na última, para além dos requisitos para a RES-2, a criança deve fazer referência à generalização para situações futuras.

Estão presentes também algumas escalas clínicas (Gonçalves et al., 1999; Roberts, 1994): Ansiedade (ANX) onde a criança manifesta algum sentimento de ansiedade; Agressão (AGG) havendo referência a agressão física ou estar irritado; Depressão (DEP) manifestando-se sentimentos ou sintomas depressivos; Rejeição (REJ) onde uma das personagens rejeita ou não gosta da outra; Não-resolvido (UNR) onde não se verifica a descrição da resolução para a situação problemática apresentada.

Como indicadores clínicos podem-se apontar os seguintes (Gonçalves et al., 1999; Roberts, 1994): Resposta Atípica (ATY) quando o conteúdo da história relatada é claramente distorcido e manifestando processos de pensamento perturbado bem como temáticas clínicas (abuso, violência excessiva, homicídio, etc.); Resposta mal-adaptada (MAL) onde a finalização da resposta não é adaptativa (comportamentos desadequados socialmente, tentativa de manutenção do problema, etc.); Recusa (REF) onde a criança se recusa a contar a história. Roberts (1994), além das respostas atípicas, das mal-adaptadas e as recusas, considera como indicador clínico as respostas sem *score*.

2.3.2.4. *Eysenck Personality Questionnaire júnior*

Este questionário de Personalidade foi construído por Eysenck e posteriormente adaptado à população portuguesa por Fonseca & Eysenck (1989). Destina-se a crianças e adolescentes dos 7 aos 15 anos de idade e é um instrumento de autopreenchimento onde os indivíduos devem assinalar as suas respostas através de uma escala dicotómica de Sim / Não (Ferreira, 2003).

É uma escala constituída por 81 itens que, aquando do processo de cotação, se dividem em 4 subescalas: Extroversão (E), Neuroticismo (N), Psicoticismo (P) e Escala de Mentira ou desejabilidade social (L) (Fonseca, 1992).

Este questionário assenta em pressupostos teóricos referentes à teoria de personalidade de Eysenck, mais conhecida como os “Big Three” (Michel & Purper-Ouakil, 2006, p.106). A teoria PEN, ou a teoria dos três fatores, reporta-se à personalidade como tendo características de Psicoticismo, Extroversão e Neuroticismo (Hall, Lindzey & Campbell, 2000; Michel & Purper-Ouakil, 2006; Santos & Flores-Mendoza, 2012). As principais características do Neuroticismo são a perceção do mundo exterior como hostil e como fonte de problemas, sendo que os indivíduos com um alto *score* nesta escala reagem exageradamente a cada estímulo, manifestando maioritariamente emoções negativas (Hall et al., 2000; Michel & Purper-Ouakil, 2006). São indivíduos ansiosos, tensos, irracionais e com tendência a sentir culpa (Santos & Flores-Mendoza, 2012; Schultz & Schultz, 2008).

A extroversão diz respeito ao grau de envolvimento que o sujeito mantém nas suas relações interpessoais, apreciando a companhia dos outros (Michel & Purper-Ouakil, 2006). Os indivíduos com altos *scores* nesta escala são descritos como confiantes e

enérgicos (Michel & Purper-Ouakil, 2006), assertivos e dominadores (Schultz & Schultz, 2008).

No que concerne o Psicoticismo, os indivíduos com altas pontuações nesta escala são, normalmente, frios, agressivos, impulsivos, carecendo de sentimentos de empatia e sensibilidade para com os sentimentos dos outros (Hall et al., 2000; Michel & Purper-Ouakil, 2006; Santos & Flores-Mendoza, 2012; Schultz & Schultz, 2008) e costumam ter dificuldade em se adaptarem a novas situações (Hall et al., 2000). Pervin e John (2004) afirmam que alguns indivíduos podem ter pontuações altas nos 3 fatores, sendo que o mais comum é isto acontecer em indivíduos antissociais.

Quadro 2

Cotação do Eysenck Personality Questionnaire - Júnior para a versão portuguesa

Subescala	Itens
Extroversão	Sim – 1, 10, 16, 20, 23, 27, 34, 38, 47, 49, 53, 55, 57, 62, 65, 71, 73, 76 Não – 42
Neuroticismo	Sim - 2, 4, 7, 11, 13, 17, 21, 24, 28, 31, 35, 39, 43, 46, 50, 54, 58, 60, 63, 66, 67, 69, 74, 77, 78, 79
Psicoticismo	Sim - 3, 5, 9, 12, 14, 18, 26, 29, 32, 36, 40, 44, 51, 52, 61, 64, 72, 81
Escala de Mentira	Sim - 6, 8, 19, 22, 25, 30, 37, 41, 45, 48, 56 Não – 15, 33, 59, 68, 70, 75, 80

(adaptado de Fonseca & Eysenck, 1989)

2.3.3. Procedimento

Uma vez escolhido o caso sobre o qual se iria alicerçar a presente investigação, foi planeada a investigação e apresentado um projeto à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa para solicitar um parecer para a realização da mesma.

Após a aprovação do estudo por parte da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa (Anexo A), foi contactada a responsável pela Clínica Pedagógica de Psicologia da Universidade Fernando Pessoa (CPP), no intuito de obtermos autorização para a realização da investigação. Uma vez concedida a autorização foram observadas as consultas do J. na CPP, entre Março e Outubro de 2014. Tratando-se de uma clínica pedagógica o seu principal objetivo é a formação de psicólogos e estudantes de psicologia desta mesma Universidade, havendo, em cada sala de consulta, um espelho de vidro unidirecional que permite, numa sala adjacente, a observação e a audição de consultas.

Todos os clientes e, caso sejam menores, os seus tutores legais, tomam conhecimento das condições de funcionamento da clínica na primeira consulta e, caso concordem com as circunstâncias explicitadas assinam, no início do processo, um Consentimento Informado (Anexo B) que prevê que os clientes deem permissão para esta mesma observação e para que se possa recorrer aos dados para fins de investigação. Os nomes quer do participante, quer da mãe, não constam no Consentimento Informado anexo e não será revelado qualquer dado que permita a sua identificação, de modo a garantir os princípios éticos e deontológicos de confidencialidade.

Uma vez que o participante já se encontrava em acompanhamento desde Julho de 2013, foi consultado o seu processo, de forma a recolher dados relevantes no que diz respeito à anamnese e ao processo terapêutico realizado até então.

As consultas de J. foram asseguradas por terapeutas que não têm qualquer ligação à elaboração deste trabalho, com o intuito de se manter o máximo de imparcialidade possível na redação do mesmo. No início da observação das consultas, J. encontrava-se em acompanhamento psicológico com o psicólogo A. Contudo, devido a contingências inerentes à sua carreira profissional, o psicólogo A teve de deixar o caso, encaminhando-o para outra psicóloga.

As consultas de J. foram realizadas semanalmente e tinham a duração aproximada de uma hora.

De acordo com o que diz Ponte (2006), numa investigação desta natureza devem ser recolhidas informações provenientes de várias fontes, estando de acordo com Holmes (2001) quando afirma que deve-se utilizar várias técnicas para obter um possível diagnóstico. Assim, neste trabalho as fontes de informação foram as seguintes:

- 1) Anamnese e relatórios existentes no processo do J.;
- 2) Avaliação cognitiva e emocional, através das provas WISC-III (Wechsler, 1992), RATC (McArthur & Roberts, 1989), EPQ-j (Fonseca & Eysenck, 1989);
- 3) Entrevistas à mãe e ao padrasto, a quem também foi solicitado o preenchimento da CBCL (Achenbach, 1991), e ao Diretor de Turma;
- 4) Observação das consultas terapêuticas;

Os instrumentos utilizados para avaliar J. encontram-se adaptados à população portuguesa e foram pedidas as devidas autorizações para a administração dos mesmos, quando necessário (EPQ-j). Foram, ainda, respeitadas as normas de aplicação das provas, seguindo-se as instruções das mesmas.

No que diz respeito à mãe e ao DT, optou-se por entrevistas abertas, que, segundo Silverman (2009), permitem aos entrevistados falar livremente e atribuir significados aos fenómenos em estudo, onde o entrevistador tenta compreender a experiência dos seus informantes.

2.3.4. Síntese

Neste capítulo foi descrita a metodologia utilizada nesta investigação. Optamos por um estudo de caso com o intuito de conhecer mais aprofundadamente este indivíduo. Os objetivos desta investigação prendem-se com a identificação de possíveis quadros nosológicos, apontando as principais dificuldades e obstáculos ao processo de avaliação e diagnóstico.

Como instrumentos utilizámos a CBCL (Achenbach, 1991 citado por Fonseca et al., 1994), a WISC-III (Wechsler, 1992), a RATC (McArthur & Roberts, 1994) e o EPQ-j (Fonseca & Eysenck, 1989), cuja informação completámos com a observação das consultas e entrevistas à mãe, ao pai e ao Diretor de Turma.

O participante é um menino de 11 anos, cujas características descreveremos mais pormenorizadamente no capítulo seguinte. Apresentaremos também os principais

resultados obtidos através das provas de avaliação psicológica, para que, posteriormente, possamos prosseguir para a fase de discussão.

3.1. Introdução

Neste capítulo apresentaremos com mais detalhe o caso em estudo. Serão descritos os principais dados de identificação, o problema apresentado e alguns dados da história desenvolvimental, clínica e escolar do J., que completaremos com a observação realizada.

Seguidamente, iremos expor os principais resultados obtidos após a administração dos instrumentos de avaliação anteriormente descritos.

3.2. Dados de identificação

J. é um indivíduo do sexo masculino com 11 anos de idade. É filho único e vive com a mãe e o padrasto, que assume o papel paternal. Quanto ao pai biológico não há relatos de contactos recentes entre o J. e o progenitor.

Frequenta o 6º ano de escolaridade numa escola do distrito do Porto, havendo a história de 1 retenção no 6º ano.

3.3. Problema apresentado

J. chega à consulta psicológica devido a comportamentos desadequados e impulsivos no contexto escolar e uma diminuição acentuada do aproveitamento

académico. Todos estes problemas começaram aquando da sua entrada para o 2º ciclo. É referido em consulta que J. tem “amigos imaginários”, que lhe aparecem na “escola e nos sonhos”, embora alguma informação relativamente a este assunto seja incongruente. Por um lado, J. diz que estes amigos imaginários o acordam durante a noite e “são maus”, por outro lado, a informação recolhida junto da mãe aponta no sentido inverso ao dizer que “ele diz que esses amigos só querem trazer amor e carinho”.

A mãe de J. afirma que o filho é vítima de *bullying* e que apresenta uma tendência para criar histórias fantasiosas, apesar do seu discurso ser sempre de desculpabilização para com os comportamentos desadequados do filho. Relata um episódio referente ao Jardim de Infância em que o seu filho atirou uma pedra a outro menino, “mas a culpa foi da educadora”. Afirma também que J. “sempre foi rejeitado, a começar pelos professores” e “o que me revolta é rotularem uma criança de hiperativa quando se vem a descobrir que já não é!”.

3.4. História do desenvolvimento

A gravidez do J. foi planeada por ambos os pais mas, segundo a mãe, não foi vivenciada da mesma forma pelos dois uma vez que esta “guardava tudo” para ela.

Durante o parto, teve de se recorrer a ventosa e o J. nasceu com cor rosada. A mãe refere que durante o primeiro dia de vida o filho chorava muito e só estava bem quando estava com ela.

Começou a andar e a falar com cerca de 1 ano e começou a ter controlo dos esfíncteres entre o ano e meio e os dois anos de idade.

Aos dois anos e meio começou a ficar “mais excitado”, depois da separação dos pais.

3.5. História familiar

A nível familiar, J. até aos 2 anos de idade viveu com os pais que, nessa altura, se divorciaram. A partir dos 3 anos e até ao período atual, J. vive com a mãe e com o padrasto, com quem mantém uma relação “positiva e respeitadora”, não havendo referência a comportamentos agressivos com este. J. e o seu pai biológico não mantêm nenhum tipo de relação desde o momento em que, ainda o menino era mais pequeno, a mãe encontrou “cartas da avó paterna nas fraldas do J. a dizer que o pai o maltratava e o deixava sozinho em casa”.

Atualmente, o J. não sai de casa sem a mãe, tendo esta deixado de trabalhar para tomar conta do filho e sendo responsável por ir levá-lo e buscá-lo à escola todos os dias. A mãe mostra-se preocupada uma vez que demonstra o interesse em arranjar trabalho mas não tem quem tome conta do filho.

A mãe não mantém nenhuma relação com a sua família de origem uma vez que a única pessoa viva é a avó do J. que vive longe. A mãe do J. foi criada pelos bisavós do menino, que já morreram.

Mantêm só relação com a família do padrasto de J., onde existe a referência a primos com idades próximas e com quem o J. mantém relação.

3.6. História escolar

No que concerne à história escolar, no Jardim de Infância existe a referência a uma dificuldade em J. se manter quieto e no 1º ciclo manifestou um bom aproveitamento acadêmico.

Os problemas que o trouxeram à consulta, como já foi referido, iniciaram-se aquando da sua entrada para o 5º ano, onde se começaram a tornar mais visíveis os seus comportamentos desadequados. É relatado que J. roubou material escolar a colegas e tende a destabilizar o contexto de sala de aula falando com colegas e respondendo aos professores sem autorização, o que o levou a ter de mudar de escola 3 vezes.

A sua relação com os pares é descrita pelo Diretor de Turma como conflituosa devido ao seu “comportamento impulsivo e à sua imaturidade”, não havendo, em consulta, referência a amigos próximos por parte de J. O atual Diretor de Turma refere que J. consegue fazer amigos mas vai perdendo as amizades devido às “brincadeiras parvas” que tem com os colegas, chegando a “apalpar as colegas no recreio”. É referido ainda que, uma vez, J. deu “escarradelas para cima dos colegas”, apesar de este não assumir as responsabilidades mesmo tendo havido testemunhas do sucedido e de terem relatado este acontecimento mesmo na sua presença.

Também com professores e assistentes operacionais, atualmente, mantém um comportamento desadequado, empregando linguagem abusiva, como insultos, e de cariz sexual, e tentando, por vezes, manipulá-los e ridicularizá-los. Segundo o Diretor de Turma, J. tenta contar histórias que envolvam os professores, chegando uma das vezes a dizer em voz alta para a turma que “dois dos professores eram homossexuais e que utilizavam um dos intervalos entre as salas de aulas para namorar”. De referir também

que J. insultou uma assistente operacional quando a esta o chamou à atenção por estar a destabilizar a fila para a cantina da escola.

É referido que, apesar de J. estar inserido numa turma problemática, com outros alunos que adotam comportamentos inapropriados o DT consegue fazê-los “perceber o que fizeram de errado e o porquê de estarem de castigo, o mesmo não acontece com J.” que tenta frequentemente desculpabilizar-se e culpar os demais pelos seus comportamentos. J. tenta perceber o que os adultos querem ouvir, “diz pequenas verdades” e “fala devagar para que o adulto o interrompa e, assim, puder contradizer o que tinha dito até ali”, o que também sucede durante as consultas de Psicologia.

Relativamente ao desempenho académico, e ainda de acordo com a informação recolhida junto do DT, J. tem competências para ser bom aluno, não manifestando, aparentemente, nenhum comprometimento cognitivo, contudo tem um comportamento desadequado na sala de aula. J. “fala demasiado cedo” quando os professores fazem alguma pergunta à turma acabando por falhar a maior parte das questões.

Todas as semanas existem queixas por parte dos professores relativamente ao comportamento do J. que, segundo a mãe, não são justas. “Se forem os outros a fazer asneiras não há queixas nenhuma, mas com o J. sempre que ele faz alguma coisa põe-no de castigo”. Na entrevista com o DT é ainda relatado que a mãe se ofereceu para estar com o filho na sala durante todas as aulas do mesmo.

Foi solicitado o preenchimento da TRF (Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira & Cardoso, 1995) ao DT, que respondeu negativamente dizendo que não preencheria sozinho o instrumento.

3.7. História Clínica

Este menino é acompanhado em Neuropediatria desde os 2 anos e meio devido a impulsividade e agitação, tendo sido diagnosticado com Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção e medicado com Ritalina desde então, embora os professores refiram que ou o comportamento é melhor sem a medicação ou que não notam qualquer diferença quando não toma a referida medicação. Este início de sintomas de agitação coincidiu com o período de separação dos pais. Esta toma de fármacos não parece ser constante, uma vez que a mãe refere ao fim-de-semana e nas férias o J. não toma os medicamentos.

Foi também acompanhado anteriormente em Psicologia no hospital onde era seguido, tendo tido alta há 2 anos, sendo que o relatório da psicóloga diz apenas que o J. foi encaminhado para a consulta por sintomas de PHDA e que teve alta.

É atualmente acompanhado em Pedopsiquiatria. A mãe mostra-se preocupada com um alerta por parte de um professor do filho quanto à possibilidade de uma eventual esquizofrenia. Quer o Diretor de Turma quer o Diretor da escola frequentada pelo menino consideram a possibilidade de J. ter Esquizofrenia. Foi, por isso, feito um despiste neurológico com uma TAC, que não revelou qualquer alteração a nível cerebral. De acordo com o relatado pela mãe, a pedopsiquiatra tranquilizou-a também ao dizer que “a esquizofrenia tem sintomas e o J. não apresenta nenhum deles”.

3.8. Observação

No que diz respeito à observação comportamental durante a consulta, J. apresenta uma postura de desinteresse, bocejando constantemente e ocupando a secretária e o espaço da Psicóloga, com bastante necessidade de agradar e adota um comportamento imaturo e impulsivo. Apresenta baixa tolerância à frustração e comportamentos bizarros e desadequados quando é adotada uma postura mais confrontativa com ele.

Adota constantemente bastantes movimentos corporais, nomeadamente gestos com os braços, que incitam a observação dos mesmos, descurando-se, conseqüentemente, a observação das suas expressões faciais que mostram maioritariamente indiferença para com aquilo que está a ser abordado em consulta.

As atitudes da mãe vão-se alterando ao longo do tempo. Num primeiro momento o seu comportamento difere entre o espaço de consulta e a sala de espera, onde, no primeiro, assume uma postura desculpabilizadora e protetora para com o filho, enquanto na sala de espera parece ver quando o J. tem comportamentos desadequados e parece aborrecida por esses mesmos comportamentos. Em algumas consultas, parece admitir que o comportamento do filho não é o mais adequado, chegando mesmo a chorar durante as sessões, enquanto o comportamento de J. parece ser de indiferença perante as emoções da progenitora.

A mãe afirma também que em casa é a que impõe as regras e que quando diz que o J. está de castigo cumpre, embora, por outro lado, relate episódios onde, apesar de o filho estar de castigo por não cumprir os objetivos escolares, disse a J. que “eu estou a deixar-te jogar *playstation* e tu não estás a cumprir a tua parte”. Refere ainda que o

companheiro é mais permissivo e quando chega a casa diz-lhe para “deixar o menino jogar *playstation*, coitadinho!”.

Foi também solicitada a presença do padastro na consulta, que, ao contrario do referido pela mãe, parece ter uma postura muito mais assertiva em relação ao J. Nesta consulta com o padastro foi-lhe perguntado quais os comportamentos que gostaria de ver modificados no J. no intuito de fazer um sistema de reforços, aos quais respondeu “obedecer às ordens à primeira, não gozar a mãe e empenhar-se nas tarefas escolares”. Várias vezes verbalizou que a mãe é “mãe-galinha” e que “ela não pode ceder e deixá-lo jogar se ele não se portar bem”, mostrando, assim, alguma incongruência na informação fornecida pela mãe e pelo padastro.

O padastro afirma, ainda, que o J. “quer mandar onde nós dormimos”, uma vez que por vezes adormecem na sala a ver televisão e o J. vai em bicos de pés ver o que estão a fazer. Por vezes, “vai em bicos de pés até à nossa cama e fica quieto a olhar para mim enquanto eu estou a dormir”. É, ainda, relatado que o J. só dorme com a televisão do quarto dos pais ligada, dado que esta permite alguma iluminação no seu quarto.

3.9. Resultados da *Child Behavior Checklist*

A CBCL foi preenchida pela mãe e pelo padastro em conjunto, havendo a referência de que as suas opiniões divergiam quanto às pontuações dadas a algumas questões, onde o padastro queria colocar pontuações mais elevadas e a mãe não estava de acordo.

Ao analisarmos o Anexo C, podemos observar que as pontuações são 1 na escala de Isolamento, 0 nas Queixas Somáticas, 5 na escala de Depressão, 2 nos Problemas

Sociais, 3 nos Problemas de Pensamento, 9 nos Problemas de Atenção, 5 no Comportamento Delinquente, 18 no Comportamento Agressivo, 1 na escala de Problemas relacionados com o Sexo e 11 na escala de Outros Problemas.

A pontuação obtida é de 6 na escala de Internalização e 23 na Externalização, o que significa que tende manifestar e exteriorizar as suas emoções e comportamentos ao invés de os interiorizar.

3.10. Resultados da Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-III)

Apresentaremos, de seguida, os resultados obtidos pelo J. na WISC-III. A folha de perfil desta prova encontra-se no Anexo D.

Quadro 3

Resultados da WISC-III

Prova	Resultados Brutos	Resultados Padronizados (QI Verbal)	Resultados Padronizados (QI Realização)	Idade-teste
Completamento de Gravuras	23	-----	13	14 ½
Informação	18	12	-----	12 ½
Código	48	-----	9	11
Semelhanças	15	10	-----	11 ½
Disposição de Gravuras	36	-----	12	14

Aritmética	15	11	-----	13 ½
Cubos	23	-----	5	8
Vocabulário	23	10	-----	11
Composição de Objetos	30	-----	10	11 ½
Compreensão	15	10	-----	11
(Pesquisa de Símbolos)	29	-----	13	13 ½

Quadro 4

Valores de QI e percentis obtidos na WISC-III

QI completo	QI verbal	QI realização
102	104	98
Percentil 50	Percentil 61	Percentil 45

Durante a aplicação da prova, J. pareceu desmotivado e sem interesse na tarefa. Verbalizou várias vezes, durante a prova dos Cubos “Mais um? Está a brincar comigo?!”. O seu desinteresse fazia com que conseguisse terminar as tarefas, fora do tempo limite, mas resolvia-as corretamente.

Pareceu, também, tentar manipular a aplicação da prova, querendo pegar no cronómetro e tentando mexer nas peças dos subtestes de realização mesmo depois de lhe ter sido dito que só poderia mexer no material depois de lhe ser dada autorização.

O seu comportamento demonstrou também alguma impulsividade, uma vez que J. muitas vezes dava a primeira resposta que lhe vinha à cabeça, o que fazia com que desse respostas incorretas, influenciando, assim, os resultados obtidos na prova. Quando dava uma resposta incorreta, principalmente no domínio verbal, tentava justificá-la na tentativa de que fosse cotada como acertada, o que permitiu perceber que sabia as respostas às questões colocadas ainda que o seu primeiro impulso fizesse com que errasse.

3.11. Resultados do Teste Aperceptivo de Roberts para Crianças

Apresentaremos, neste ponto, os resultados obtidos na RATC, sendo que as respostas e a folha de perfil se encontram nos Anexos E e F, respetivamente. Podemos constatar que o J. respondeu a todas as placas, não havendo nenhuma recusa.

Manifesta um número relativamente elevado de respostas atípicas e mal adaptativas, tendo um *score* de 3 e 2, respetivamente, sendo que o normativo para a faixa etária à qual pertence seria 1 em cada um dos indicadores, e um número reduzido nos *scores* das escalas adaptativas, tendo um score de 1 na escala de pedido de ajuda (REL) e no Suporte-Outros e 0 no Suporte-Criança.

Ainda nas escalas adaptativas, o J. teve uma pontuação de 3 na Imposição de Limites, 7 na Identificação de Problemas, 4 na resolução de problemas tipo 1 e não teve nenhuma resposta cotada como resolução tipo 2.

Nas escalas clínicas, o J. teve pontuações de 2 e 6 na Ansiedade e Agressividade, respectivamente, 0 na Depressão e 1 na Rejeição. Manifesta, também, um número bastante elevado de histórias para as quais não dá uma resolução.

As placas 8 e 11 foram cotadas como sem *score*.

3.12. Resultados do *Eysenck Personality Questionnaire - júnior*

Seguidamente, apresentaremos um quadro com os resultados obtidos em cada escala do *EPQ-j*.

Quadro 5

Resultados do Eysenck Personality Questionnaire - júnior.

Escala	Resultado
Extroversão	14
Neuroticismo	18
Psicoticismo	8
Escala de Mentira/ Desejabilidade Social	11

Discussão de Resultados

Procuraremos, neste ponto, articular a informação recolhida, através dos vários instrumentos de avaliação e da observação que foi feita, com a revisão de literatura para que, de seguida, sejam tiradas algumas conclusões.

Analisaremos, em primeiro lugar, os resultados obtidos através da CBCL (Anexo C), que foi preenchida pela mãe e pelo padrasto de J. em conjunto na clínica onde as consultas tiveram lugar. Verificamos que todos os valores estão dentro ou abaixo dos valores clínicos em todas as escalas. Está claro, também, que J. apresenta mais comportamentos de externalização em comparação com os de internalização. Globalmente, todos os resultados alcançados através desta prova indicar-nos-iam que estaríamos a referir-nos a um pré-adolescente sem qualquer sintomatologia psicopatológica significativa, o que é incongruente com a informação recolhida através das outras provas e fontes de informação. De acordo com a literatura, esta informação poderia indicar-nos a diferença de comportamentos consoante os contextos, a negação do problema ou a distorção deliberada da informação que é fornecida (Gonçalves & Simões, 2000). Neste caso em específico, pela informação recolhida através da observação das consultas, a primeira opção parece a menos provável, dado que a mãe vai referindo comportamentos desadequados quer em casa, quer na escola. Parece, no entanto, haver alguma negação do problema, uma vez que vai havendo desculpabilização dos comportamentos de J. sendo que a fonte dos problemas são sempre as outras pessoas que estão no contexto onde as condutas inapropriadas ocorrem, mas também alguma manipulação da informação que é facultada no intuito de

passar uma imagem de J. como um menino bem comportado, indo de encontro ao que é socialmente aceitável.

Podemos, ainda, analisar os itens da CBCL isoladamente como sugerem Kernberg et al. (2003). Segundo estes autores alguns dos itens presentes nesta prova poderiam sugerir indícios de uma perturbação de comportamento antissocial, sendo eles os itens 15, 16, 21, 26, 37, 41, 43, 67, 72, 81, 82, 97, 101 e 106. A mãe do J. pontuou estes itens da seguinte forma: 0, 0, 1, 1, 0, 2, 1, 0, 0, 0, 1, 0, 0, 0, respectivamente.

Como podemos observar, a pontuação mais alta (2) diz respeito ao item “É impulsivo, age sem pensar”. Com 1 ponto estão as questões “Destrói coisas da família ou de outras crianças”, “não parece sentir-se culpado depois de se portar mal”, “mente ou faz batota” e “rouba coisas fora de casa”. Estas temáticas estão relacionadas com a impulsividade, falta de remorso, mentiras e destruição ou roubo de coisas que não lhe pertencem, o que poderia estar ligado a comportamentos antissociais. Contudo, só existe pontuação máxima num item, sendo que os restantes têm pontuações de 1 ou 0, o que invalidaria o que os autores anteriormente mencionados afirmam. No entanto, também como foi afirmado anteriormente, poderá ter havido alguma desejabilidade social inerente ao preenchimento deste instrumento, o que deixa algumas dúvidas quanto às conclusões que poderíamos obter com o mesmo.

Foi aplicada a WISC-III, uma vez que Kernberg et al. (2003) sublinham a sua importância mesmo na avaliação de problemas relacionados com a personalidade. Podemos constatar que o QI completo está dentro da média, verificando-se diferenças entre as provas verbais e de realização. No primeiro conjunto, o seu desempenho encontra-se no percentil 61, enquanto nos testes de realização manifesta um resultado ao

nível do percentil 45. A prova onde teve uma prestação mais baixa foi a dos Cubos, o que, pelo não-verbal de J., durante a aplicação, poderá dever-se à falta de interesse demonstrado na tarefa.

Estes resultados vão de encontro à literatura, nomeadamente a Davoglio e Argimon (2010) e a Allen et al. (2013), quando referem que crianças e adolescentes com eventuais problemas relacionados a traços de psicopatia têm uma inteligência dentro ou acima da média. Está, ainda, em harmonia com o que refere o DT, ao afirmar que o baixo rendimento académico de J. não é causado por um comprometimento cognitivo.

Quanto ao questionário de personalidade que foi aplicado, os resultados do EPQ-j mostram resultados normativos nas escalas de Extroversão e de Desejabilidade Social. Contudo, nas escalas de Neuroticismo e Psicoticismo os valores encontram-se acima da média. Segundo Michel e Purper-Ouakil (2006), resultados altos nestas escalas poderão indicar, no que diz respeito ao Neuroticismo, uma perceção do mundo externo como hostil, fonte de problemas, onde o individuo manifesta emoções negativas frequentemente. Quando à escala de Psicoticismo, quer Michel e Purper-Ouakil (2006) quer Hall et al. (2000) fazem referência a comportamentos de impulsividade, falta de empatia e consideração pelos sentimentos dos outros, bem como lacunas na capacidade de adaptação aos contextos. A informação recolhida através deste instrumento é congruente com o que vai sendo observado em consulta, nomeadamente a impulsividade relatada nas respostas a outras provas como a WISC-III, e com a informação recolhida junto do diretor de turma, quando este diz que J. “fala demasiado cedo”, que poderá também ser interpretado como um sinal de impulsividade. De acordo com Pervin e John (2004) e tendo J. resultados acima da média na escala de

Neuroticismo e de Psicoticismo poderíamos apontar, mais uma vez, para comportamentos antissociais se houvesse também resultados elevados na escala de Extroversão. No entanto, com esta prova podemos concluir que este indivíduo vê o mundo externo como problemático, levando-o a exteriorizar emoções negativas, e não mostrando empatia com os demais.

Os resultados desta prova podem ser questionáveis uma vez que a literatura, nomeadamente o DSM-V (2013), não assume a personalidade como definida antes dos 18 anos e, não sendo um construto bem definido, torna-se difícil avaliá-lo com precisão num indivíduo desta idade. No entanto, diversos autores têm vindo a afirmar que os traços de personalidade tendem a manter-se estáveis ao longo do crescimento (Kernberg et al., 2003), apesar de poderem ser influenciados por fatores biológicos, desenvolvimentais, familiares e culturais (PDM, 2006).

Relativamente ao Teste Aperceptivo de Roberts para Crianças, nas escalas adaptativas, o J. apresenta pontuações baixas nas escala de pedido de ajuda (REL), no Suporte-Outros e no Suporte-Criança. Na Imposição de Limites e na Identificação de Problemas os valores estão dentro do esperado para a idade. Quanto à resolução de problemas, apresenta valores mais elevados na resolução de tipo 1 em comparação com a resolução tipo 2.

Nas escalas clínicas, se, por um lado, os valores de agressividade, depressão e rejeição estão dentro dos valores normais, a ansiedade está abaixo do esperado para a idade.

Manifesta, também, um número acima da média de histórias para as quais não dá uma resolução e um número relativamente elevado de respostas atípicas e mal

adaptativas, tendo pontuado 3 e 2, respetivamente, quando o normativo para a faixa etária seria 1 em cada um dos indicadores. De referir ainda que a oitava e décima primeira placa não tiveram qualquer tipo de pontuação.

Analisando qualitativamente as respostas a esta prova, podemos constatar um padrão de defesa, por exemplo nas placas 8 (reunião familiar) e 11 (medo), onde o J. não manifestou qualquer indicador que pudesse ser cotado. Verifica-se um baixo score nas escalas adaptativas, onde o mundo exterior não é percebido como responsivo o suficiente para fazer face aos problemas com os quais se depara, o que é congruente com os resultados do EPQ-j onde mostrou também resultados que podem apontar para uma visão do mundo externo hostil e não responsivo para com os problemas com os quais se depara. As respostas cotadas como Suporte-Criança são totalmente ausentes, o que poderá indicar a ausência de interações positivas e também uma baixa autoconfiança, o que está de acordo com o que foi observado e também com o relatado pelo Diretor de Turma. Na escala REL e Suporte-Outros não teve resultados muito elevados, pelo que podemos dizer que o J. poderá ver o seu sistema de suporte como não disponível ou capaz de responder às suas necessidades.

Verifica-se um número bastante elevado de história sem resolução, o que nos poderá levar a pensar que este sujeito tem baixas competências de resolução de problemas e estratégias de *coping* imaturas, já que as resoluções que dá são do tipo 1 e as de tipo 2 e 3 são ausentes.

Quanto à Imposição de Limites poderá mostrar-nos a perceção que o individuo têm sobre as práticas parentais, já que tem pontuações baixas nesta escala, o que poderá levar-nos a pensar em práticas educativas pouco consistentes onde as regras são pouco

definidas e cumpridas, o que está de acordo com a observação e com o discurso dos pais.

Por outro lado, constatamos um número elevado de respostas atípicas e mal adaptativas onde emergem conteúdos de morte, engano e sexualidade. Os conteúdos referentes à sexualidade emergem em 3 placas onde não era suposto, o que não acontece na história que incita explicitamente este tipo de conteúdos.

Os temas mais frequentemente relatados nas histórias prendem-se com a mãe e o pai, bem como figuras públicas como Michael Jackson, Justin Bieber e One Direction. Se, por um lado, as figuras parentais mostram interações positivas reciprocamente (“que te aconteceu querida?”), descurando a criança, os 3 últimos atores das histórias criadas pelo J. refletem conteúdos associados à morte, como por exemplo “há um prazo em que ele se pode fazer de morto”, “Se eu dissesse para te matares, também te matavas?” e “O Michael Jackson queria-se matar. E a mãe bolas disse: não te mates”.

Ao fazermos uma comparação com os resultados obtidos neste prova e os indicadores que Roberts (1994) aponta como características de personalidade antissocial constatamos que existe um elevado número de respostas atípicas, fins mal adaptativos que refletem comportamentos agressivos ou morte, e baixos *scores* nas escalas adaptativas como Suporte-Crianças e Suporte-Outros, traduzindo uma perceção do sistema de suporte ineficaz. Alguns dos conteúdos descrevem relações familiares pouco adequadas, existindo também a identificação de problemas, ainda que o J. não demonstre ferramentas adequadas à idade para a resolução dos mesmos, uma vez que revelou um valor alto de histórias sem resolução e, quando existe uma resolução, a maioria é cotada como RES-1 ou mal adaptativa, e não como RES-2. Roberts (1994),

para esta patologia, menciona também dificuldades ao nível escolar, onde haja história de baixo rendimento académico mas também relações sociais desadequadas, bem como impulsividade e baixa motivação durante a aplicação da prova.

No entanto, existem alguns itens que constam no manual da prova que não se verificam neste caso: deveriam existir pontuações altas ao nível da agressividade bem como na imposição de limites e poderia haver recusa a algumas placas.

Ainda que o J. apresente comportamentos pouco adequados aos contextos, não foi relatado, em nenhum momento, episódios onde se tenham mostrado agressivo, o que é congruente com a informação recolhida através desta prova. Quanto à Imposição de Limites, a informação que foi sendo recolhida, como já foi referido, aponta no sentido de limites e práticas parentais pouco consistentes, onde a mãe cede aos pedidos do J. para lhe retirar os castigos, o que vem, novamente, ao encontro dos resultados provenientes deste instrumento de avaliação.

Este caso clínico contou com alguns fatores que constituíram obstáculos ao processo de diagnóstico.

Em primeiro lugar, uma das fontes de informação acerca do cliente era a sua mãe. Contudo, identificaram-se alguns entraves no que respeita a coerência destas mesmas informações. Por um lado, a mãe relata que o filho lhe conta sobre os seus comportamentos, o que nem sempre corresponde à informação recolhida junto de outras fontes, como por exemplo o Diretor de Turma e restantes intervenientes do sistema escolar. Os comportamentos do J. são desculpabilizados pela mãe, associando-os a uma turma problemática e retirando a responsabilidade de qualquer comportamento desadequado que J. possa ter. Verifica-se uma tendência por parte de J. para manipular a

mãe como forma de o tirar de castigo, o que não permite perceber se o comportamento poderia mudar com um sistema de reforços e punições e com práticas educativas mais consistentes.

Parece-nos que a informação fornecida pela mãe é selecionada de acordo com a desejabilidade social, uma vez que, por exemplo, esta nos diz que é a pessoa que impõe as regras ao J. e que não cede nas mesmas, e na consulta em que o pai esteve presente esta informação afigura-se um pouco contraditória já que nos diz que é a mãe quem acede às vontades do J. ao deixá-lo jogar *playstation* mesmo quando os seus comportamentos não são os esperados.

Em segundo lugar, são referidos os “amigos imaginários”. Os referidos amigos são somente mencionados quando J. parece chamar a atenção do adulto com os mesmos, uma vez que só fala neles nas consultas de triagem, não voltando a falar neles posteriormente. Grillo e Silva (2004) afirmam que um diagnóstico desta natureza só se torna possível quando os sintomas se mantêm por vários meses, o que, neste caso, não parece verificar-se uma vez que durante o período de tempo em que observámos as consultas não houve alusão a este assunto a não ser na entrevista com o Diretor de Turma. Os “amigos imaginários” são mencionados na escola, onde o corpo docente e não docente acredita que poderá haver eventuais episódios ligados à esquizofrenia chegando mesmo a alertar a mãe para esta possibilidade, embora não haja mais nenhuma manifestação que nos leve a ponderar este diagnóstico. A literatura refere que, em indivíduos com esquizofrenia, o conteúdo dos episódios alucinatorios são maioritariamente a comentar o comportamento e a conversar com o sujeito, tendo este um discurso organizado (McClellan & Stock, 2013; Tandon et al., 2013). A informação

recolhida acerca deste caso não apontou no sentido do conteúdo presente na literatura e J. não mostra sinais de um discurso desorganizado. Pelo contrário, a comunicação com o J. parece bastante organizada não só na escola, segundo o que relata o Diretor de Turma, como também em contexto de consulta. Refutando também este diagnóstico de esquizofrenia existe também a ausência de apatia, referida por McClellan e Stock (2013) e Rossi e Struglia (2010) como um sinal desta patologia, não tendo sido observado qualquer sinal de apatia em contexto de consulta. Existe, porém, um comprometimento das relações sociais com os pares e um consequente isolamento, referido por Kronenberger e Meyer (1006) como sintoma, que poderá ser explicado pela perda das relações com os pares devido às “brincadeiras parvas” referidas na entrevista ao Diretor de Turma.

Nas consultas com o psicólogo anterior assume constantemente a culpa dos comportamentos desadequados que adota na escola, embora não manifeste qualquer sinal não-verbal de arrependimento. Assim, poderá também ter assumido que o admitir da culpa seria o que o psicólogo queria ouvir, manipulando-o e tentando agradá-lo dessa forma.

Nas consultas com a psicóloga que acompanha atualmente o caso, não raras vezes tenta imitá-la em consulta e tenta contornar as regras que esta vai impondo, como, por exemplo, aquando da aplicação da WISC-III tenta manipular as peças das provas de Realização mesmo depois de lhe ser dito mais do que uma vez que só o poderia fazer depois de lhe ser dada autorização. Parece-nos que estava tentativa de imitar a psicóloga poderá ser a forma que o J. está a tentar encontrar de manipular a consulta e desviar os assuntos abordados na mesma.

Outro dos obstáculos prende-se com o diagnóstico para a PHDA. Além de o diagnóstico desta perturbação ter sido feito aos 3 anos de idade, muito precocemente no processo de desenvolvimento de J. e quando ainda é muito difícil fazer um diagnóstico desta natureza com precisão, a pedopsiquiatra medica-o com fármacos para PHDA e mesmo sem alterações do comportamento a medicação não é alterada. No entanto, a literatura sugere que pode haver comorbilidade entre a PHDA e outras patologias, nomeadamente com traços de psicopatia. Contudo, de acordo com Kroneberger e Meyer (1996), os sintomas de PHDA podem ser confundidos com Esquizofrenia e com perturbações de foro comportamental já que esta sintomatologia tende a estar ligada a condutas de externalização. No caso do J., parece verificar-se, de facto, uma externalização excessiva, embora possamos questionar o diagnóstico de PHDA já que o seu comportamento não é alterado com a toma de Ritalina. Este diagnóstico, de acordo com McClellan e Stock (2013), pode também ser confundido com perturbações mais ligadas à personalidade, tornando-se, assim, necessário questionar se estamos realmente perante um indivíduo com sintomas de hiperatividade ou se o J. tem condutas de externalização que estão a ser confundidos com a PHDA. Estes comportamentos de externalização surgem na literatura não só como podendo ser confundidos entre PHDA e Esquizofrenia (Peralta et al., 2011) mas também como podendo ser associados a traços de psicopatia, ainda que seja para se evitar termos mais pejorativos (Davoglio et al., 2012).

A escassez de instrumentos de avaliação constituiu também um impedimento a uma avaliação psicológica rápida e eficaz (Davoglio et al., 2012; Hutsebaut et al., 2013; Ribeiro da Silva et al., 2013; Salenkin et al., 2001). Devido à idade de J., os instrumentos de avaliação da personalidade são escassos, dada a divergência de

posições adotadas pelos investigadores relativamente a este constructo, o que torna o diagnóstico mais ambíguo, tendo de se recorrer a provas projetivas que, não raras vezes, pressupõe uma cotação mais complexa e com alguma subjetividade inerente. As perturbações de personalidade, de acordo com o DSM-V (2013), devem ser apenas diagnosticadas a maiores de 18 anos, embora neste caso o participante demonstre alguns comportamentos que nos poderão alertar para o desenvolvimento de uma patologia deste tipo. A literatura sugere que as perturbações de personalidade não são de início abrupto e que vão evoluindo ao longo do processo de desenvolvimento, embora devamos ter o máximo de cuidado para não rotular os indivíduos (Holmes, 2001). Contudo, é difícil fazer um diagnóstico desta natureza dada a escassez de instrumentos que permitam tal avaliação na faixa etária da qual estamos a falar e que estejam adaptados à população portuguesa.

Em suma, cremos que os comportamentos do J. vão ao encontro do que diz Davoglio e Argimon (2010) quando referem que os traços de psicopatia na infância podem ser manifestados por problemas comportamentais, impulsividade, ausência de controlo de impulsos, irresponsabilidade e falta de sentimentos de culpa e vergonha. O J. apresenta também outro dos aspetos que Lustin (1998) considera importante, que diz respeito à quebra nas relações sociais, já que as relações de J. com os pares vão sendo quebradas ao longo do tempo. Apresentamos, de seguida, um quadro com uma síntese de características que são referidas pela literatura como traços de psicopatia e de situações onde pudemos recolher informação que nos indicariam esses mesmos traços no J.

Quadro 6

Síntese de características referidas pela literatura e de informação recolhida relativamente a este caso.

Sintomas	Bibliografia	Informação recolhida
Ausência de remorsos e sentimentos de culpa	Hare, Cooke & Hart (1999); PDM (2006); Salenkin & Frick (2009)	Entrevista ao Diretor de Turma – quando fala com o J. sobre os seus comportamentos desadequados, este parece não se sentir culpado ou arrependido pelos mesmos. Ao Psicólogo anterior assume que tem comportamentos inapropriados mas não manifesta nenhum sinal não-verbal de culpa ou remorso;
Exercer poder sobre os outros; Manipulação	Allen et al. (2013); Hare, Cooke & Hart (1999); PDM (2006);	Entrevista ao Diretor de Turma – “fala devagar para que o adulto o interrompa e, assim, puder contradizer o que tinha dito até ali”; Fala nos “amigos imaginários” quando considera que os adultos dão importância ao assunto e, por isso, poderá considerar que exerce alguma influência sobre eles; Durante algumas atividades verbalizou “eu manipulo o meu pai quando quero alguma coisa” e “manipular as pessoas não é grave”;
Impulsividade	Davoglio & Argimon (2010); Davoglio et al. (2012); Hare, Cooke & Hart (1999); López-Romero et al. (2011)	Entrevista ao Diretor de Turma – diz-nos que o J. “fala demasiado cedo”; Observação comportamental durante a aplicação das provas de avaliação, nomeadamente a WISC e o Teste Aperceptivo de Roberts para Crianças;
Baixa capacidade de empatia	Davoglio & Argimon	Observação comportamental – não

	(2010); Davoglio et al. (2012); López-Romero et al. (2011)	manifesta sinais de empatia quando, por exemplo, a mãe se emociona em várias consultas; Entrevista com o Diretor de Turma – diz-nos que várias vezes ridiculariza os professores e assistentes operacionais em público sem ter em consideração as outras pessoas;
Negligência para com os direitos dos outros	PDM (2006)	Relatos de roubos a colegas;
Baixo rendimento escolar sem presença de défice cognitivo	Allen et al. (2013); Davoglio & Argimon (2010); Grillo & Silva (2004);	Entrevista com o Diretor de Turma – afirma que o baixo rendimento escolar não se deve a um comprometimento cognitivo; Resultados da WISC-III – QI dentro da média, havendo algumas provas onde tem resultados acima do esperado para a idade;
Problemas de relacionamento interpessoal	Grillo & Silva (2004); Hare, Cooke & Hart (1999);	Pedido de acompanhamento – comportamentos desadequados no contexto escolar, que influencia o relacionamento com docentes e não-docentes e com os pares; Entrevista com o Diretor de Turma – relato de “brincadeiras parvas” com colegas, insultos a professores e a assistentes operacionais; Observação – relacionamento com a mãe e o padrasto conflituoso.

Não obstante, um diagnóstico de uma perturbação desta natureza pode ser precoce nesta fase do desenvolvimento uma vez que, e de acordo com Ribeiro da Silva et al. (2013) a personalidade em crianças e adolescentes pode ser maleável o que, por sua vez, torna esta conceito um pouco instável e pode ser pouco ético colocar uma “etiqueta” deste tipo num jovem.

Alertamos, contudo, para o que expõem Halty et al. (2011) quanto às manifestações precoces de traços de psicopatia e comportamentos antissociais em crianças e adolescentes, afirmando que estas podem suceder nesta fase do desenvolvimento.

Ainda que o diagnóstico possa não ser preciso dado a idade e a fase no desenvolvimento em que o J. se encontra é necessário intervir e dar resposta ao pedido que o trouxe à consulta.

As consultas planeadas para este caso passaram por uma série de atividades que tiveram por base algumas das áreas que foram relatadas como problemáticas pelos intervenientes deste processo e que a literatura refere como sendo sintomas psicopatológicos.

No quadro que consta no Anexo G apresentaremos algumas das atividades planeadas, sendo que estas serão adaptadas para que melhor se adequem não só ao contexto de terapia individual mas também a este caso em específico. O objetivo geral desta intervenção é a diminuição da sintomatologia patológica, ainda que, por contingências relacionadas com o tempo, não possamos descrever integralmente o processo de intervenção e a eficácia da mesma, dado que este poderá ser demasiado extenso e moroso para ser descrito exaustivamente nesta dissertação. Como se pode verificar no anexo não constam atividades para a promoção da empatia, competência que a nosso ver deveria ser desenvolvida, uma vez que na nossa pesquisa não encontramos atividades específicas para o desenvolvimento da mesma. Tentaremos, contudo, pôr em prática algumas das indicações dadas por Landy (2002) no que diz respeito à promoção da empatia, nomeadamente encorajar o J. a pensar nos seus

sentimentos e em como as outras pessoas se sentem nas várias atividades e situações que discutiremos.

Apresentaremos os objetivos específicos que pretendemos atingir bem como as atividades às quais recorreremos no intuito de cumprir os objetivos propostos. A intervenção passará pelo treino de competências sociais e pessoais junto do J. e pelo desenvolvimento de práticas parentais positivas com os pais. Pretendemos, também, intervir juntamente com a escola de forma a diminuir os comportamentos problemáticos no contexto de sala de aula e fora da mesma. Optámos por estas 3 vertentes na intervenção já que Moreira, Gonçalves e Beutler (2005) afirmam ser os mais eficazes em problemas comportamentais em crianças e adolescentes.

Com os pais do J. propomos a promoção de práticas educativas parentais mais adequadas e consistentes, pois da observação que foi feita até ao momento, parece-nos que existem discrepâncias quanto às regras e limites estabelecidos pela mãe e pelo padrasto e que por vezes cedem aos pedidos do J. mesmo quando tem comportamentos desadequados. Segundo Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland e Cunningham (2005) devemos identificar, junto dos pais, pontos positivos das práticas educativas que têm vindo a adotar até ao momento, realçando, também, a necessidade de mudança. Com os pais e com o J. devemos auxiliar na identificação de regras claras com as quais concordem e o J. tenha de cumprir, designando reforços e consequências para o cumprimento ou não das regras e auxiliando a monitorização adequada dos comportamentos (Henggeler et al., 2005).

Propomos, ainda, que seja feita uma articulação com a psicóloga da escola que o J. frequenta, no sentido de se poderem obter resultados mais positivos e generalizáveis aos

vários contextos que este individuo frequenta. Consideramos pertinente não só a intervenção com o J. em contexto de escola mas também uma eventual formação com os professores com o intuito de lhes possibilitar a aquisição de mais estratégias para lidar com o J. e com a restante turma, uma vez que esta nos foi descrita como problemática. Bloomquist (2002) afirma que a melhoria na interação professor-aluno favorece a mudança nos comportamentos desadequados e deve passar pela promoção da discussão das questões abordadas em sala de aula, o *feedback* e os comentários de encorajamento por parte do professor. O autor afirma ainda que devem ser promovidas as técnicas de resolução de problemas, nomeadamente a negociação, bem como a estimulação do pensamento sob varias perspetivas (Bloomquist, 2002).

No sentido de melhorar o rendimento escolar do J., sublinhamos a importância dos trabalhos em pequenos grupos formados pelo professor da disciplina, onde se possa juntar alunos com melhor rendimento e que, desta forma, possam ajudar o J. nas várias disciplinas (Bloomquist, 2002).

Das atividades que já foram postas em prática no decorrer da elaboração deste trabalho, salientamos o desinteresse que o J. mostra nas tarefas, tentando sempre desviar o assunto quando, aparentemente, se abordam assuntos que parecem ser demasiado pessoais para ele. Por exemplo, numa das atividades postas em prática foi pedido que o J. completasse frases como “Gostava que os meus pais soubessem...” ou “Uma dificuldade que tenho...” às quais afirmou que não queria responder. Ainda na mesma atividade, muitas das respostas que dá às questões que lhe são feitas vão de encontro ao que é socialmente desejável como por exemplo “apetece-me ser responsável e ser bem-

educado” ou “as coisas correm como quero quando me porto bem”, embora o seu comportamento não seja consistente com este tipo de afirmações.

Várias vezes verbalizou ideias como “eu sou meigo quando quero alguma coisa” e “manipular as pessoas não é muito grave” e “eu manipulo o meu pai quando quero jogar”, o que vai de encontro à avaliação feita e à possibilidade de existirem traços de psicopatia na personalidade do J., dado que uma das características é a manipulação para atingir os próprios objetivos (PDM, 2006).

Foi, também, feito um sistema de pontos com os pais e com o J., sendo que os primeiros identificaram três comportamentos principais que gostariam de ver alterados: cumprir as ordens à primeira, não responder e gozar a mãe e empenhar-se nos trabalhos escolares. A avaliação destes comportamentos seria diária sendo que, no final da semana, teria de atingir pelo menos 4 pontos para receber a recompensa que seria jogar *playstation*. Durante a explicação do sistema de pontos, o J. foi bastante interventivo no sentido de tirar todas as dúvidas que tinha, onde uma delas foi “se eu me portar bem até quinta-feira e o resto dos dias me portar mal posso jogar na mesma na próxima segunda-feira?”. Aqui, juntamente com os pais, optou-se por estabelecer que um comportamento desadequado anulava um adequado e que não haveria pontos intermédios uma vez que, segundo o pai, “ele vai-se portar bem e depois porta-se mal e tenta negociar para lhe dar-mos o ponto”. Tencionamos, assim, trabalhar juntamente com os pais para que estes não se sintam julgados mas sim envolvidos neste processo.

Em suma, pretendemos prosseguir com o acompanhamento do caso, no sentido de tentar diminuir alguns dos comportamentos problemáticos que apresenta através da

intervenção psicológica não só diretamente com o J. mas também com os pais e com os vários intervenientes do sistema escolar.

Conclusão geral

Os estudos de caso constituem um método de pesquisa que visam o conhecimento de um indivíduo ou entidade em profundidade e pretendem contribuir para uma intervenção mais eficaz, já que quanto maior for o conhecimento acerca de um fenómeno melhor poderemos intervir.

Neste trabalho foi utilizado o método quantitativo com as características específicas inerentes ao estudo de caso. No entanto, em primeiro lugar, no Capítulo 1 foi realizada uma revisão de literatura acerca de temáticas como a saúde mental, a esquizofrenia e a psicopatia em crianças e adolescentes. Pudemos constatar que a saúde mental não é apenas a ausência de sintomatologia mas que os sintomas constituem um fator de risco no que toca ao desenvolvimento de psicopatologias. Concluímos também que existem alguns sintomas específicos das duas nosologias acima referidas, onde, na esquizofrenia seria a presença de delírios e alucinações e o discurso desorganizado, enquanto a psicopatia tem como características principais a manipulação, impulsividade e falta de empatia para com os outros.

No capítulo 2 fizemos a descrição do estudo empírico, nomeadamente do método qualitativo. Enumeramos os instrumentos de avaliação a utilizar neste estudo e o procedimento adotado neste estudo.

Seguidamente, no capítulo 3 expusemos o caso em estudo, onde foi descrita a história do desenvolvimento, escolar e clínica do participante, o seu contexto familiar e

algumas considerações da observação realizada. Enunciámos também os resultados obtidos através das provas de avaliação psicológica às quais recorreremos.

Posteriormente, discutimos os resultados alternando os resultados que obtivemos e a informação recolhida na revisão bibliográfica.

Este trabalho contou com algumas limitações. O facto de se tratar de um estudo de caso permite o conhecimento aprofundado deste indivíduo, não permitindo, pelo contrário, a generalização dos resultados obtidos à restante população.

Uma vez que estas consultas foram observadas e que, como todos os pacientes desta clínica, este sujeito estava, também, ciente desta condição, o seu comportamento pode ter sido influenciado não só por estarmos perante um contexto de consulta individual, onde os comportamentos podem ser mais controlados, mas também pela observação da consulta através do vidro unidirecional existente na sala de consulta.

Deparámo-nos, também, com uma escassez de instrumentos de avaliação sensíveis e adequados a esta faixa etária e aferidos à população portuguesa. Deste modo, recorreremos a técnicas projetivas, que podem constituir outra limitação, dado que implicam alguma subjetividade na cotação, podendo haver resultados diferentes consoante a pessoa que cota a prova.

Não obstante, em alguns dos artigos científicos consultados, o Teste de Rorschach surge como um instrumento possível na avaliação quer da psicopatia quer da esquizofrenia. Decidimos não o incluir neste trabalho uma vez que é um instrumento de administração e cotação muito complexa e ambígua, e, não tendo formação adequada para o utilizar corretamente poderia causar enviesamentos e resultados questionáveis.

Do nosso ponto de vista, seria pertinente o preenchimento da CBCL pelos pais em separado, o que, segundo a informação existente no processo, não aconteceu anteriormente, o que nos permitiria perceber o quão congruentes seriam as informações fornecidas por ambos e a importância que cada uma delas dá a alguns comportamentos.

Sugerimos, para estudos futuros a continuação de avaliação deste indivíduo. Ainda que não possamos atribuir um diagnóstico definido a este caso dada a fase do desenvolvimento em que se encontra o indivíduo, alertamos para a necessidade de continuar a estudar os traços de personalidade em crianças e adolescentes, para que possa haver uma intervenção precoce e eficaz. O processo de desenvolvimento é propício a alterações na dinâmica de personalidade, sendo que este indivíduo pode, aquando da idade adulta, não apresentar qualquer perturbação da personalidade.

Torna-se, ainda, importante, a construção e/ou adaptação de instrumentos que permitam avaliar as patologias abordadas em crianças e adolescentes. Ainda que não haja muitos indivíduos com estas características, o que por si só dificulta a construção e validação de instrumentos a nível quantitativo, seria importante o estudo dos mesmos para que, deste modo, se pudesse intervir numa fase mais precoce e, consequentemente, as possibilidades de diminuir a sintomatologia psicopatológica atempadamente fossem maiores.

Seria pertinente a observação do comportamento deste indivíduo fora do contexto de consulta, nomeadamente no contexto escolar, dentro e fora da sala de aula, de forma a percebermos com mais exatidão quais os comportamentos que adota para que possamos intervir mais eficazmente.

Salientamos, por fim, a importância da construção de programas de intervenção que possam ser aplicados a casos semelhantes a este e que nos deem diretrizes precisas para promover as competências que estejam em déficit.

Referências

- Abraão, I. & Tavares, A. I. (2007). *Trilhos – Desenvolvimento de competências pessoais*. Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- Abramowitz, C. S., Kosson, D. S. & Seidenberg, M. (2004). The relationship between childhood Attention Deficit Hyperactivity Disorder and conduct problems and adult psychopathy in male inmates. *Personality and Individual Differences* (36), 1031-1047.
- Allen, J. L., Briskman, J., Humayun, S., Dadds, M. R. & Scott, S. (2013). Heartless and cunning? Intelligence in adolescents with antisocial behavior and psychopathic traits. *Psychiatry Research*, 210, 1147-1143.
- Alvarenga, P., Puccinini, C., Lavandowski, D., Frizzo, G., Marin, A. & Villachan-Lyra, P. (2012). Questões Éticas da Pesquisa em Psicologia do Desenvolvimento. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 23(4), 856-871.
- American Psychiatric Association (2002). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR). Lisboa: Climepsi.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V). Virginia: American Psychiatric Publishing.
- Andrade, J. T. (2008). The inclusion of antisocial behavior in the construct of psychopathy: a review of the research. *Agression and violent behavior*, 13, 328-335.
- Asscher, J. J., Van Vugt, E. S., Stams, G. J., Dekovic, M., Eichelseim, V. I. & Youski, S. (2011). The relationship between juvenile psychopathic traits, delinquency and

- (violent) recidivism: A meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(11), 1134–1143. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02412.x
- Bloomquist, M. L. (2002). *Helping Children with Agression and Conduct Problems: Best Practices for Intervention*. New York: The Guilford Press.
- Bursztein, C. (2005). A esquizofrenia ao longo da infância. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, VIII, 3, 406-427.
- Boubli, M. (2001). *Psicopatologia da Criança*. Lisboa: Climepsi.
- Cale, E. M. & Lilienfeld, S. O. (2002). Sex differences in psychopathy and antisocial personality disorder: a review and integration. *Clinical Psychology Review*, 22, 1179-1207.
- Carrell, S. (1993). *Group Exercises for Adolescents*. California: Sage publications.
- Cornblatt, B. A., Green, M. F. & Walker, E. F. (1999). Schizophrenia: Etiology and Neurocognition. In T. Millon, P. H. Blaney & R. D. Davis (Eds.). *Oxford Textbook of Psychopathology* (277-310). New York: Oxford University Press.
- Costello, E. J. & Angold, A. (1995). Developmental Epidemiology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.). *Developmental Psychopathology* (Vol. 1) 23-56. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Courtney-Seidler, E. A., Klein, D. & Miller, A. L. (2013). Borderline Personality Disorder in Adolescents. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 20(4), 425-444.
- Cury, A. (2005). *A saga de um pensador: o futuro da humanidade*. Lisboa: Pergaminho.

- Davoglio, T. R. & Argimon, I. I. (2010). Avaliação de comportamentos anti-sociais e traços psicopatas em psicologia forense. *Avaliação Psicológica*, 9(1), 111-118.
- Davoglio, T. R., Gauer, G. J., Jaeger, J. V. & Tolotti, M. D. (2012). Personalidade e psicopatia: implicações diagnósticas na infância e adolescência. *Estudos de Psicologia*, 17(3), 453-460.
- Dishion, T. J., French, C. F. & Patterson, G. R. (1995). The Development and Ecology of Antisocial Behavior. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.). *Developmental Psychopathology* (Vol. 2) 421-471. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Edens, J. F., Skeen, J. L., Cruise, K. R. & Cauffman, E. (2001). Assessment of “Juvenile Psychopathy” and Its Association with Violence: A Critical Review. *Behavioral Sciences and the Law*, 19, 53-80.
- Feilhauer, J. & Cima, M. (2013). Youth psychopathy: Differential correlates of callous-unemotional traits, narcissism, and impulsivity. *Forensic Science International*, 224, 1-7
- Fernandes da Fonseca, A. (1997). *Psiquiatria e Psicopatologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ferrari, M. C. L., Kimura, L., Nita, L. M. & Elkis, H. (2006). Structural Brain Abnormalities in Early-onset Schizophrenia. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 64, 741-746.
- Ferreira, P. P. (2003). Violência dos videojogos e a agressividade: estudo exploratório da associação entre jogar videojogos violentos e a agressividade em adolescentes. (Dissertação de Mestrado) Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

- Frick, P. J., Kimonis, E. R., Dandreaux, D. M. & Farrell, J. M. (2003). The 4 Year Stability of Psychopathic Traits in Non-Referred Youth. *Behavioral Sciences and the Law*, 21, 713-736. doi: 10.1002/bsl.568
- Frick, P. J., Stickle, T. R., Dandreaux, D. M., Farrell, J. M. & Kimonis, E. (2005). Callous–Unemotional Traits in Predicting the Severity and Stability of Conduct Problems and Delinquency. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(4), 471–487. doi: 10.1007/s10648-005-5728-9
- Fonseca, A. C. (1992). Personalidade e Sensibilidade ao Prémio em Crianças: Um Teste da Hipótese de Newman. *Jornal de Psicologia*, 10(4), 13-16.
- Fonseca, A. C. & Eysenck, S. B. (1989). Estudo Intercultural da Personalidade: Comparação de Crianças Portuguesas e Inglesas no EPQ-Júnior. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 23, 323-343.
- Fonseca, A. C., Simões, A., Rebelo, J. A., Ferreira, J. A. & Cardoso, F. (1994). Um inventário de competências sociais e de problemas de comportamento em crianças e adolescentes – o *Child Behaviour Checklist* de Achenbach (CBCL). *Psychologica*, 12, 55-78.
- Fonseca, A. C., Simões, A., Rebelo, J. A., Ferreira, J. A. & Cardoso, F. (1995). O inventário de comportamento da criança para professores – Teacher's Report Form. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. 29(2), 81-102.
- Grillo E. & Silva, R. J. (2004). Manifestações precoces de problemas de comportamento na criança e no adolescente. *Jornal de Pediatria*, 80(2), 21-27.

- Goldim, J. R., Pithan, C. F., Oliveira, J. G. & Raymundo, M. M. (2003). O Processo De Consentimento Livre E Esclarecido Em Pesquisa: Uma Nova Abordagem. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 49(4), 372-374.
- Gonçalves, M., Morais, A. P., Pinto, H. & Machado, C. (1999). Teste Aperceptivo de Roberts para Crianças (R.A.T.C.). In M. Simões, M. Gonçalves, L. Almeida (Eds.). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*, (Vol.II, 185-198). Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.
- Gonçalves, M. & Simões, M. (2000). Modelo Multiaxial de Achenbach (ASEBA) na Avaliação Clínica de Crianças e Adolescentes. In I. Soares (Eds.). *Psicopatologia do desenvolvimento: trajetórias (in)adaptativas ao longo da vida* (43-87). Coimbra: Quarteto.
- Hall, C. S., Lindzey, L. & Campbell, J. B. (2000). *Teorias da Personalidade*. Porto Alegre: Artmed.
- Halty, L., Martinez, A., Requena, C., Santos, J. M. & Ortiz, T. (2011). Psicopatía en niños y adolescentes: modelos, teorías y últimas investigaciones. *Revista de Neurología*, 52 (1), 19-27.
- Hare, R. D., Cooke, D. J. & Hart, S. D. (1999). Psychopathy and Sadistic Personality Disorder. In T. Millon, P. H. Blaney & R. D. Davis (Eds.). *Oxford Textbook of Psychopathology* (555-586). New York: Oxford University Press.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D. & Cunningham, P. B. (2005). *Multisystemic Treatment of Antissocial Behavior in Children and Adolescents*. New York: The Guildford Press.

- Henriques, R. P. (2009). De H. Cleckley ao DSM-IV-TR: a evolução do conceito de psicopatia rumo à medicalização da delinquência. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 12(2), 285-302.
- Hernández, P. H. & Hernández, M. D. G. (1999). *PIELE – Programa Instrutivo para a Educação e Libertação Emocional “Aprender a Viver”*. Lisboa: CEGOC.
- Holanda, A. (2006). Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. *Análise Psicológica*, 3(XXIV), 363-372.
- Holmes, D. S. (2001). *Psicologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Holmes, S. E., Slaughter, J. R. & Kashani, J. (2001). Risk Factors in Childhood That Lead to the Development of Conduct Disorder and Antisocial Personality Disorder. *Child Psychiatry and Human Development*, Vol. 31(3), 183-193.
- Hutsebaut, J., Feenstra, D. & Luyten, P. (2013). Personality Disorders in Adolescence: Label or Opportunity?. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 20(4), 445-451.
- Johnstone, L. & Cooke, D. J. (2004). Psychopathic-Like Traits in Childhood: Conceptual and Measurement Concerns. *Behavioral Sciences and the Law*, 22, 103-125. doi: 10.1002/bsl.577
- Kernberg, P. F., Weiner, A. S. & Bardenstein, K. K. (2003). *Transtornos de Personalidade em Crianças e Adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.
- Kronenberger, W. G. & Meyer, R. G. (1996). *The Child Clinicians Handbook*. Massachusetts: Allyn & Bacon.

- Kumra, S., Nicolson, R. & Rapoport, J. L. (2003). Esquizofrenia com início na infância. In R. B. Zipursky & S. C. Schulz (Eds.). *As Fases Iniciais da Esquizofrenia* (153-174). Lisboa: Climepsi.
- Landy, S. (2002). *Pathways to Competence – Encouraging Healthy Social and Emotional Development in Young Children*. Baltimore: Brookes Publishing.
- López-Romero, L., Romero, E. & Luengo, M. A. (2011). La personalidad psicopática como indicador distintivo de severidad y persistencia en los problemas de conducta infanto-juveniles. *Psicothema*, 23(4), 660-665.
- Luengo, M. A., Gómez-Fraguela, J. A., Garra, A. & Romero, E. (2002). Construyendo salud – promoción del desarrollo personal y social. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.
- Lustin, J. J. (1998) Clínica Infantil. In J. Bergeret (Eds.). *Psicologia patológica – teórica e clínica* (245-331). Lisboa: Climepsi.
- Lynam, D. R., Charnigo, R., Moffitt, T. E., Raine, A., Loeber, R. & Stouthamer-Loeber, M. (2009). The Stability of Psychopathy Across Adolescence. *Deviant Psychopathology*, 21(4), 1133–1153. doi:10.1017/S0954579409990083.
- Madalena, J. C. (1982). *História da Esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Manfredi, A. (2009). *Tratti psicopatici in bambini ed adolescenti con Disturbo della Condotta e Disturbo Oppositivo-Provocatorio: implicazioni cliniche e prognostiche*. (Tesi di Dottorato) Università degli Studi di Pisa, Itália.

- McArthur, D. & Roberts, G. (1989). *Roberts Apperception Test for Children: Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services
- McClallen, J., & Stock, S. (2013). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Schizophrenia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(9), 976-990.
- Meirinhos, M. & Osório, A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação de investigação em educação. *Revista de educação*, 2(2), 49-65.
- Michel, G. & Purper-Ouakil, D. (2006). *Personalidade e Desenvolvimento: do normal ao patológico*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Millon, T. & Davis, R. D. (1999). Developmental Pathogenesis. In T. Millon, P.H. Blaney & R. D. Davis (Eds.). *Oxford Textbook of Psychopathology* (29-48). New York: Oxford University Press.
- Moreira, P., Gonçalves, Ó. & Beutler, L. E. (2005). *Métodos de Seleção de Tratamento: o melhor para cada paciente*. Porto: Porto Editora.
- Mundy, J. (1972) The Use of Projective Techniques with Children. In B. B. Wolman (Eds.). *Manual of Child Psychopathology* (791-819). New York: McGraw-Hill.
- Neumann, C., Wampler, M., Taylor, J., Blonigen D. M. & Iacomo, W. G. (2011). Stability and invariance of psychopathic traits from late adolescence to young adulthood. *Journal of Research in Personality*, 45, 145-152. doi:10.1016/j.jrp.2010.12.003

- Nunes, L. M. (2009). Crime – psicopatia, sociopatia e personalidade anti-social. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (Edições Universidade Fernando Pessoa)*, 6, 152-161.
- Rijo, D., Sousa, M. N., Lopes, J., Pereira, J., Vasconcelos, J., Mendonça, M. C., Silva, M. J., Ricardo, N. & Massa, S. (2007). G. P. S. – Programa de Prevenção e Reabilitação para Jovens com Comportamento Social Desviante. Ponta Delgada: Equal.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) (2011). Regulamento nº 258/2011 de 20 de Abril de 2011: Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses. *Diário da República*, 2ª série, nº78, 17931-17936.
- PDM Task Force (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)*. Silver Spring: Alliance of Psychonalitycal Associations
- Pechorro, P., Vieira, R. X. & Vieira, D. N. (2012). Adaptação e validação preliminar duma versão portuguesa do Dispositivo de Despiste de Processo Anti-social. *Laboratório de Psicologia*, 10(1), 97-110.
- Peralta, V., Zalón, E. G., Campos, M. S., Zandio, M., Sánchez-Torres, A. & Cuesta, M. J. (2011). The meaning of childhood attention-deficit hyperactivity symptoms in patients with a first-episode of schizophrenia-spectrum psychosis. *Schizophrenia Research*, 126, 28-35.
- Pervin, L. A. & John, O. P. (2004). *Personalidade: Teoria e Pesquisa*. Porto Alegre: Artmed.

- Pinto, E. (2004). A pesquisa qualitativa em psicologia clínica. *Psicologia USP*, 15(1/2), 71-80.
- Ponte, J. (2006). Estudos de caso em educação matemática. *Bolema*, 25, 105-132.
- Pull, C. (2005). Diagnóstico da Esquizofrenia: uma Revisão. In M. Maj & N. Sartorius (Eds.) *Esquizofrenia* (13-40). Porto Alegre: Artmed.
- Resende, A. C. & Argimon, I. I. (2012) A Técnica de Rorschach e os Critérios da CID-10 para o Diagnóstico de Esquizofrenia. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25 (3), 422-434.
- Ribeiro da Silva, D., Rijo, D. & Salekin, R. T. (2013) Child and adolescent psychopathy: Assessment issues and treatment needs. *Agression and Violent Behavior*, 18, 71-78.
- Roberts, G. E. (1994). *Interpretive Handbook for the Roberts Apperception Test for Children*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Ronchetti, R. (2009). Estudo de Revisão e Fidedignidade do Inventário de Psicopatia de Hare: versão jovens (pcl: yv). (Dissertação de Mestrado) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Ronchetti, R., Davoglio, T. D., Silva, R. S., Vasconcellos, S. J. & Gauer, G. J. (2010). Inventário de Psicopatia de Hare Versão Jovens (PCL:YV): Estudo Preliminar em Amostra Adolescente Brasileira. *Revista Interamericana de Psicología*, 44(3), 540-546.

- Rossi, R. & Rosso, A. M. (2007). Il PDM (*Psychodynamic Diagnostic Manual*): una classificazione con criteri diagnostici psicodinamici. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 13, 76-84.
- Rossi, A. & Struglia, F. (2010) Schizofrenia e psicose acute. In M. Biondi, B. Carpiello, G. Muscettola, G. Placidi, A. Rossi & S. Scarone (Eds.). *Manuale di Psichiatria* (99-110). Milano: Elsevier.
- Salekin, R. T. & Frick, P. J. (2005). Psychopathy in Children and Adolescents: The Need for a Developmental Perspective. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(4), 403-409. doi: 10.1007/s10802-005-5722-2
- Salenkin, R. T., Neumann, C. S., Leistico, A.-M., R. & Zalot, A. A. (2004). Psychopathy in Youth and Intelligence: An Investigation of Cleckley's Hypothesis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 33(4), 731-742. doi: 10.1207/s15374424jccp3304_8
- Salekin, R. T., Rogers, R. & Machin, D. (2001). Psychopathy in Youth: Pursuing Diagnostic Clarity. *Journal of Youth and Adolescence*, 30(2), 173-195.
- Santos, M. T. & Flores-Mendoza, C. E. (2012). Adaptação do Eysenck Personality Questionnaire Júnior para pré-escolares – versão heterorrelato. *Avaliação Psicológica*, 11(2), 203-212.
- Schultz, D. P. & Schultz, S. E. (2008). *Teorias da Personalidade*. São Paulo: Cengage Learning.
- Shaughnessy, J. J. & Zechmeister, E. B. (1994) *Research Methods in Psychology*. New York: McGraw-Hill.

- Silverman, D. (2009). *Interpretação de dados qualitativos*. Porto Alegre: Artmed.
- Simões, M. R., Seabra Santos, M. J., Albuquerque, C. P., Pereira, M. M., Almeida, L. S., Ferreira, C., Lopes, A. F., Gomes, A. A., Xavier, R. E., Rodrigues, F., Lança, C., Barros, J., San Juan, L. & Oliveira, E. (2003). Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – Terceira Edição (WISC-III). In M. Gonçalves, M. Simões, L. Almeida & C. Machado (Eds.). *Avaliação Psicológica – Instrumentos Validados para a População Portuguesa* (Vol. I, 221-252). Coimbra: Quarteto Editora.
- Smith, A. M., Gacono, C. B. & Kaufman, L. (1997). Rorschach Comparison of Psychopathic and Nonpsychopathic Conduct Disordered Adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 53(4), 289–300.
- Smith, C. S. & Hung, L.-C. (2012). The relative influence of conduct problems and attention-deficit hyperactivity disorder in the development of adolescent psychopathy. *Aggression and Violent Behavior*, 17, 575-580.
- Soeiro, C. & Gonçalves, R. A. (2010). O *estado de arte* do conceito de psicopatia. *Análise Psicológica*, 1(28), 227-240.
- Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D. M., Bustillo, J., Gur, R. E., Heckers, S., Malaspina, D., Owen, M.J., Schultz, S., Tsuang, M., Van Os, J. & Carpenter, W. (2013). Definition and description of schizophrenia in DSM-5. *Schizophrenia research*, 150, 3-10.
- Turato, E. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514.

- Vernon, A. (2002). *What Works When with Children and Adolescents – A Handbook of Individual Counseling Techniques*. Illinois: Research Press.
- Yin, R. K. (2004). *Case study research: design and methods*. Los Angeles: SAGE publications.
- Walsh, A. & Wu, H.-H. (2008). Differentiating antisocial personality disorder, psychopathy, and sociopathy: evolutionary, genetic, neurological, and sociological considerations. *Criminal Justice Studies*, 21 (2), 135-152.
- Wechsler, D. (1992). *WISC-III - Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças*. Lisboa: CEGOC.
- Willensen, J. & Verhaegen, P. (2012). Psychopathy and internalizing psychopathology. *International Journal of Law and Psychiatry*, 35, 269-275.

Anexos

Anexo A- Parecer da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa

Anexo B – Consentimento Informado

Anexo C – Resposta à *Child Behavior Checklist (CBCL)*

Escala I. Isolamento

42. Gosta mais de estar sozinho do que acompanhado.

65. Recusa-se a falar.

69. É reservado; Guarda as coisas para si mesmo.

75. É tímido ou envergonhado.

80. Fica de olhar fixo e vazio

88. Amua muito.

102. É pouco activo; Vagaroso; Tem falta de energia.

103. É infeliz, triste ou deprimido.

111. Isola-se, não se mistura nem estabelece relações com os outros

Total

Escala II. Queixas Somáticas

51. Sente tonturas.

54. Cansa-se demasiado.

56a. Dores (sem ser dores de cabeça).

56b. Dores de cabeça.

56c. Náuseas; Enjoos.

56d. Problemas de visão.

56e. Irritações de pele; Borbulhas ou outros problemas de pele.

56f. Dores de estômago ou cólicas.

56g. Vómitos.

Total

Escala III. Ansiedade Depressão

12. Queixa-se de solidão.

14. Chora muito.

31. Tem medo de pensar ou fazer qualquer coisa de mal

32. Sente que tem de ser perfeito.

33. Sente ou queixa-se que ninguém gosta dele.

34. Sente que os outros andam atrás dele para o apanharem; sente-se perseguido

35. Sente-se sem valor, ou inferior aos outros.

45. É nervoso, irritável ou tenso.

50. É demasiado medroso ou ansioso.

52. Sente-se demasiado culpado.

71. Mostra-se embaraçado ou pouco à vontade.

89. É desconfiado.

103. É infeliz, triste ou deprimido.

112. É preocupado.

Total

Escala IV. Problemas Sociais

1. Age de uma maneira demasiado infantil para a sua idade.

11. Agarra-se aos adultos ou é muito dependente.

25. Não se dá bem com as outras crianças.

36. Magoa-se muito, tem tendência para acidentes

48. As outras crianças não gostam dele.

55. Tem peso a mais

62. É desastrado, desajeitado ou tem falta de coordenação.

64. Prefere andar com crianças/jovens mais novos

Total

Escala V. Problemas de Pensamento

9. Não consegue afastar certas ideias do pensamento, obsessões ou cismas.

40. Ouve sons ou vozes que não existem.

66. Repete várias vezes as mesmas acções ou gestos; Tem compulsões.

70. Vê coisas que não existem, que não estão presentes.

80. Fica de olhar fixo e vazio

84. Tem comportamentos estranhos.

85. Tem ideias estranhas.

Total

Escala VI. Problemas de Atenção

1. Comporta-se de uma maneira infantil para a sua idade.

8. Não consegue concentrar-se, estar atento durante muito tempo

10. Não consegue ficar sentado, sossegado; É muito activo ou irrequieto.

13. Fica confuso ou desorientado; Parece não saber onde está.

17. Sonha acordado ou perde-se nos seus pensamentos.

41. É impulsivo; Age sem pensar.

45. É nervoso, irritável ou tenso.

46. Tem movimentos nervosos ou tiques

61. O seu trabalho escolar é fraco.

62. É desastrado, desajeitado ou tem falta de coordenação.

80. Fica de olhar fixo e vazio.

Total

Escala VII. Comportamento Delinquente

26. Não parece sentir-se culpado depois de se comportar mal.

39. Anda com crianças que se metem em sarilhos.

43. Mentalmente ou faz batota.

63. Prefere andar com crianças mais velhas.

67. Foge de casa

72. Provoca fogos

81. Rouba coisas em casa

82. Rouba coisas fora de casa

90. Diz palavrões ou usa linguagem obscena

96. Pensa demasiado em sexo

101. Falta à escola sem razão (por “vadiagem”)

105. Consome álcool ou drogas

106. Comete actos de vandalismo

Total

Escala VIII. Comportamento Agressivo

3. Discute muito.

7. É Fanfarrão; Gabarola.

16. Manifesta crueldade, ameaça ou é mau para os outros.

19. Exige muita atenção.

20. Destroí as suas próprias coisas.

21. Destroí coisas da família ou de outras crianças

22. É desobediente em casa

23. É desobediente na escola.

27. Tem ciúmes com facilidade; É invejoso.

37. Mete-se em muitas brigas.

57. Agrida fisicamente as outras pessoas.	0
68. Grita muito.	0
74. Gosta de se “exibir” ou de fazer palhaçadas.	2
86. É teimoso, mal-humorado ou irritável.	2
87. Tem mudanças repentinas de disposição ou sentimentos.	1
93. Fala demais.	2
94. Arrelija muito os outros	1
95. Tem birras ou temperamento exaltado.	0
97. Ameaça as pessoas.	0
104. É invulgarmente barulhento.	1
<i>Total</i>	8

Escala IX. Problemas relacionados com o Sexo (4-11 anos)	
5. Comporta-se como se fosse do sexo oposto.	
59. Mexe ou brinca com os seus órgãos sexuais em público.	
60. Mexe ou brinca demasiado com os seus órgãos sexuais.	
73. Tem problemas sexuais.	
96. Pensa demasiado em sexo.	
110. Desejava ser do sexo oposto.	
<i>Total</i>	

Outros Problemas	
5. Comporta-se como se fosse do sexo oposto.	0
6. Faz as suas necessidades fora da casa de banho	0
15. É cruel com os animais	0
18. Magoa-se de propósito ou já fez tentativas de suicídio	0
24. Não come bem	0
28. Come ou bebe coisas que não são próprias para comer ou beber	0
29. Tem medo de determinados animais, situações ou lugares, sem incluir a escola	1
30. Tem medo de ir para a escola	0
36. Magoa-se muito, tem tendência para acidentes	0
44. Rói as unhas.	0
47. Tem pesadelos	1
49. Tem prisão de ventre, obstipação	0
53. Come demais	1
56h. Tem outros problemas físicos sem causa médica conhecida.	0
58. Tira coisas do nariz; arranca coisas da pele ou outras partes do corpo.	1
59. Mexe ou brinca com os seus órgãos sexuais em público	0
60. Mexe ou brinca demasiado com os seus órgãos sexuais	1
73. Tem problemas sexuais	0
76. Dorme menos que a maior parte das crianças	0
77. Dorme mais do que a maior parte das crianças, durante o dia e/ou durante a noite	0
78. Suja-se ou brinca com as fezes	0
79. Tem problemas de linguagem ou dificuldades de articulação.	0
83. Acumula coisas de que não necessita.	1
91. Fala em matar-se.	0
92. Fala ou anda durante o sono	0
98. Chupa no dedo	2

99. Preocupa-se demasiado com a limpeza e o asseio.	1
100. Tem dificuldades em dormir	0
107. Urina-se durante o dia	0
108. Urina na cama	0
109. Choramanga	0
110. Gostaria de ser do sexo oposto	0
113a. Outros problemas não referidos	2
Total	11

Anexo D – Folha de Perfil da WISC-III

 Não é possível apresentar esta imagem no momento.

Anexo E - Respostas ao Teste Aperceptivo de Roberts para Crianças

1. O José é o pai e a Batata é a mãe e o José Batata é o filho. E o Sr. José tava a colher batatas e de repente viu a mãe. Eu não te colhi pois não? Colheste-me. Ah não sabia. O teu cabelo parece uma batata. E o José chegou lá e disse: já não se pode dormir? O cabelo da mãe está despenteado. Que te aconteceu querida? O nosso filho colheu-me. A mãe estava debaixo da terra. O nosso negócio de batatas está mau. As batatas são iguais à tua mãe.

2. O menino Tiaguinho e o pai docinho. O pai tava com um tablet. Ó filho anda cá. Vem aí a playstation3. Queres comprar filho? Vamos comprar, está a 100euros. O jogo pifou. Compraram uma trituradora a fingir que era uma consola. Ó pai, tu gostas desta luva de boxing? Sim. Queres vê-la mais de perto? E levou um soco na cara. (quem bateu a quem?) o filho no pai.

3. O Sr. Pintainho, o Pinto da Costa estava aflito. Estava a correr para ir à casa de banho quando viu uma menina toda nua. E quem era? A Miley Cyrus. (tu gostas dela?) não, é uma bêbeda. Esta é a minha casa de banho. Posso ficar cá uns tempos? Podes mas tens de ficar assim. (na casa de banho?) não, a dormir.

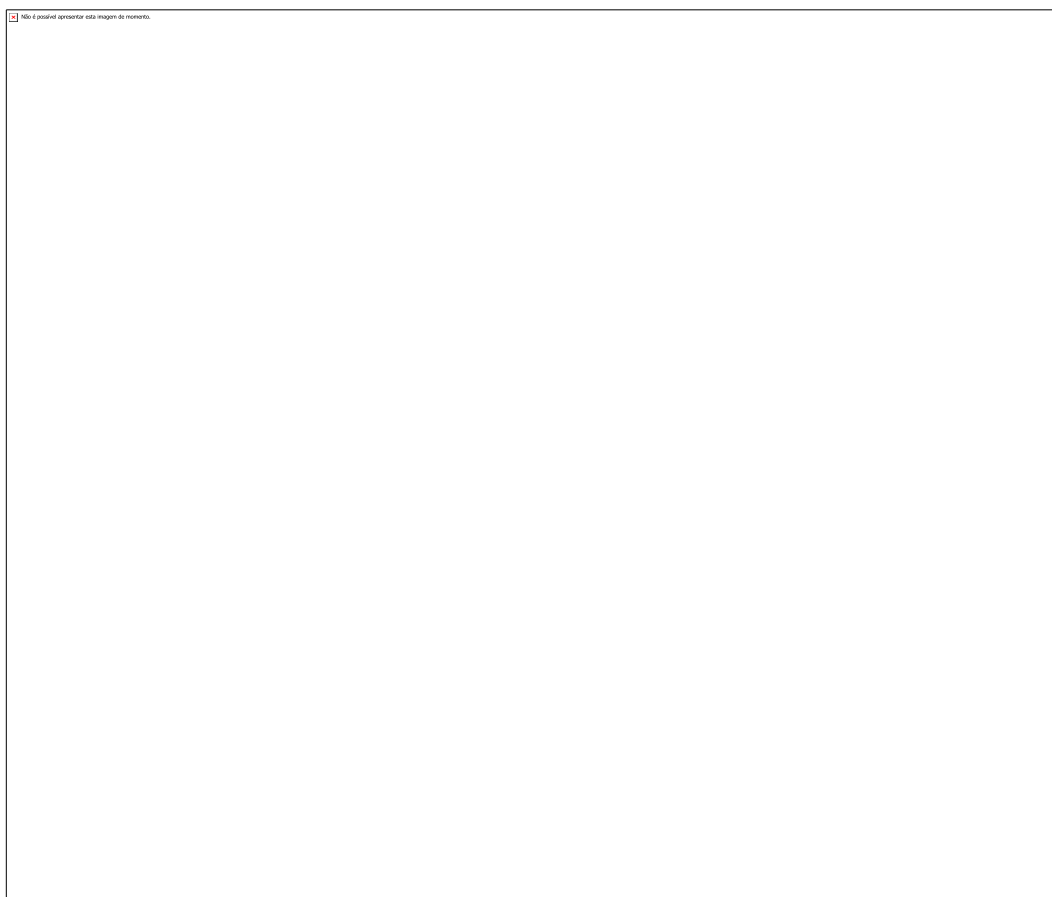
4. A mãe quando subiu viu o José Bolas a pintar a parede. Ó filho, gostas dessa tarte? Sim. Queres ver mais de perto? Sim. E atirou com a tarte à cara.

5. O Sr. Joaquim tava a ajudar o Bola Júnior a lavar a cadeira. Fim.

6. A mãe disse uma coisa ao pai. Tenho um segredo. Eu estou grávida de um gajo, não é de ti o filho. O filho ouviu. A minha mãe está grávida de outro gajo.

7. A menina tava a ver um filme de terror. Era um gajo com tartes na mão. Vou dar-te duas tartes de borla. Fim.
8. A mãe do Bolas teve um filho de outro gajo. Que gajo feio! Ó filho, não digas mal do teu irmão, tu quando eras pequeno eras igual a uma rapariga. Fim.
9. O Sr. One Direction deitavam o Justin Bieber abaixo e chega lá o Michael Jackson. Estás-te a meter com os meus amigos? Há pessoas que acham que ele está vivo. Acho que há um prazo em que ele se pode fazer de morto.
10. O Sr. Joaquim Bola e a Sra. Bolas de rabo bom e o Michael Jackson. Filho, tenho uma novidade. Vendi a casa.
11. O Sr. Bolitas disse: mãe, mãe. Tive um pesadelo, estavas nua e vi-te na casa de banho.
12. Os One Direction e o Michael Jackson. Nós temos de lixar o Justin Bieber porque nos está a tirar a popularidade. Sabe como é, só querem drogas.
13. O gajo dos One Direction e o Michael Jackson. Estás a beijar a minha noiva? Foi ela que disse. Se ela dissesse para te matares, também te matavas?
14. A irmã do Michael Jackson chega e diz: vai-te lixar pá! Andas a trair o meu irmão com outros gajos e nem me convidas.
15. O Dr. Alfredo estava cheio de coisas para fazer. E quanto é $1+1$? $1+1$ é igual a zero.
16. O Michael Jackson queria-se matar. E a mãe bolas disse: não te mates. Porque mãe? Primeiro podes lavar a louça por mim?

Anexo F – Folha de Perfil do Teste Aperceptivo de Roberts para Crianças





Anexo G – Proposta para a intervenção

Objetivos	Atividades	Bibliografia
<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar o autoconhecimento; • Clarificar a importância do autoconceito no relacionamento interpessoal; • Promover o relacionamento interpessoal adequado; • Promover o <i>insight</i> de comportamentos adequados e inadequados; • Fazer corresponder comportamentos com consequências; 	Sessão 1: “Fish for a thought”	Carrell (1993)
	Sessão 2: “Bazar das características”	Rijo et al. (2007)
	Sessão 3: “Actions Speak Louder than Words”	Vernon (2002)
	Sessão 4: “Awesome Actions”	
<ul style="list-style-type: none"> • Promover competências de resolução de problemas; • Clarificar a importância de evitar tomar decisões de forma impulsiva; 	Sessão 5: “Nuestras decisiones”	Luengo, Gómez-Fraguela, Garra & Romero (2002)
	Sessão 6: “Resolução de problemas”	Hernández & Hernández (1999)
<ul style="list-style-type: none"> • Promover competências emocionais e sociais; • Desenvolver a capacidade de identificar sentimentos nos outros; • Desenvolver a capacidade de identificar, expressar e lidar com os próprios sentimentos; • Identificar situações onde as várias emoções possam 	Sessão 7: “Las emociones”	Luengo et al. (2002)
	Sessão 8: “O que é que se passa?”	Abraão & Tavares (2007)
	Sessão 9: “Até assusta”	
	Sessão 10: “Os medos”	Hernández & Hernández (1999)
	Sessão 11: “Tou-me a passar!”	Abraão & Tavares (2007)
	Sessão 12: “Como é que saio desta?”	
	Sessão 13: Não me sinto aceite quando...”	Rijo et al. (2007)
	Sessão 14: “E se respondesse	

surgir; <ul style="list-style-type: none"> • Clarificar a função adaptativa das várias emoções; 	não?”	Rijo et al. (2007)
	Sessão 15: “Vamos ser despedidos”	
<ul style="list-style-type: none"> • Promover a autoestima; • Identificar importância da autoestima positiva; 	Sessão 16: Observando cómo eres”	Luengo et al. (2002)
	Sessão 17: “Proyecto de superación personal	